



**UNIVERSIDAD DE CUENCA**  
**FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS**  
**TERAPIA FÍSICA**

**PERCEPCIÓN, CONOCIMIENTOS Y ACTITUDES DEL PERSONAL  
SANITARIO SOBRE INTERVENCIÓN DE FISIOTERAPIA EN CENTROS DE  
SALUD. DISTRITOS 01D01 Y 01D02. CUENCA 2020.**

**Proyecto de investigación previo a la  
obtención del título de licenciado en  
Terapia Física.**

**Autores:**

Jonathan Iván Dueñas Mosquera

CI: 0704579127

jonny\_1791@live.it

María Gabriela Viñansaca Cabrera

C.I. 0106433584

gaby.vinansaca@gmail.com

**Directora:**

Mg. Verónica Vanessa Cárdenas León

C.I. 0104943030

Cuenca, Ecuador

29-abril-2021



## RESUMEN

**Antecedentes.** La fisioterapia, históricamente distinguida por brindar bienestar físico gracias a su directa actuación en las alteraciones del movimiento corporal, no ha logrado su desempeño en los centros de salud; en donde, desde la puesta en acción del Modelo de Atención Integral de Salud (MAIS) en nuestro país; se propone un sistema de atención integral desde los primeros niveles.

**Objetivo.** Determinar la percepción, conocimientos y actitudes del personal sanitario sobre la intervención de la fisioterapia en los centros de salud de los distritos 01D01 Y 01D02 del cantón Cuenca 2020.

**Métodos.** Se realizó una muestra por conglomerado al personal sanitario que labora en los centros de salud pertenecientes a los distritos 01D01 y 01D02, un total de 20 centros de salud, 10 de cada distrito, 6 centros de salud tipos A y 4 de tipo B. El cuestionario elaborado por los autores de la investigación, fue sometido a una valoración por juicio de expertos y una prueba piloto. La información se analizó mediante el programa estadístico informático SPSS v.25.0, las tablas y gráficos mediante Excel 2010.

**Resultados.** De los 128 profesionales sanitarios encuestados, 71 pertenecen al distrito 01D02, 109 fueron mujeres, la edad media fue 38 años, la profesión que prevaleció fue del médico (n=60). El 82% el personal de salud encuestado consideró como muy importante la presencia de un fisioterapeuta dentro del centro de salud; un 84,8% señala que el servicio de Fisioterapia debe incluirse desde el primer nivel de atención.

**Conclusión.** La Fisioterapia pueden ser parte de la estrategia de APS que contempla el MAIS en los establecimientos de primer nivel de atención de salud, escenarios que están orientados al mantenimiento, seguimiento, promoción de salud y prevención de la enfermedad, y no solamente considerar esta profesión en un enfoque de rehabilitación.

**Palabras claves.** Salud Pública. Atención Primaria. Fisioterapia.



## ABSTRACT

**Background.** Physiotherapy, is historically distinguished for providing physical well-being due to its direct action in alterations in body movement. However, it has not achieved its performance in health centers. Since, the implementation of the Comprehensive Health Care Model (MAIS) in our country; a comprehensive care system is proposed from the first levels.

**Objective.** To determine the perception, knowledge and attitudes of health personnel about the intervention of physiotherapy in Cuenca health centers of the districts 01D01 and 01D02 2020.

**Methods.** A conglomerate sample was conducted to health personnel who work in the health centers belonging to districts 01D01 and 01D02, a total of 20 health centers, 10 from each district, 6 health centers types A and 4 type B. The questionnaire elaborated by the authors of the research was subjected to an evaluation by expert judgment and a pilot test. The information was analyzed using the SPSS v.25.0 statistical software, and the tables and graphs by using Excel 2010.

**Results.** Of the 128 health professionals surveyed, 71 belonged to the 01D02 district, 109 were women, the mean age was 38 years, the profession that prevailed was doctor ( $n = 60$ ). The 82% of the surveyed health personnel considered the presence of a physiotherapist within the health center as very important; the 84.8% indicate that the Physiotherapy service should be included from the first level of care.

**Conclusion.** Physiotherapy can be part of the PHC strategy contemplated by the MAIS in first-level health care establishments. These scenarios that are oriented to the maintenance, follow-up, health promotion and prevention of the disease, and not only consider this profession in a rehabilitation approach.

**Keywords.** Public Health. Primary Care. Physiotherapy.



## ÍNDICE:

<b>RESUMEN.....</b>	<b>2</b>
<b>ABSTRACT.....</b>	<b>3</b>
<b>CAPÍTULO I.....</b>	<b>14</b>
<b>1. INTRODUCCIÓN.....</b>	<b>14</b>
1.1. ANTECEDENTES.....	14
1.2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	16
1.3. JUSTIFICACIÓN.....	18
<b>CAPÍTULO II.....</b>	<b>20</b>
<b>2. FUNDAMENTO TEÓRICO.....</b>	<b>20</b>
2.1. SALUD PÚBLICA.....	20
2.1.1. Concepto.....	20
2.1.2. Recuento histórico.....	21
2.1.3. Salud Pública en el Ecuador.....	21
2.1.4. Cobertura de servicios del Sistema de Salud Nacional.....	22
2.2. ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD.....	23
2.2.1. Visión hacia la APS renovada.....	28
2.2.2. APS en Ecuador.....	29
2.3. MODELO DE ATENCIÓN INTEGRAL EN SALUD.....	30
2.3.1. Componentes del MAIS-FCI.....	30
2.3.2. Niveles de Atención.....	31
2.3.3. Primer nivel de atención.....	32
2.4. FISIOTERAPIA.....	34
2.4.1. Conceptos y funciones.....	34
2.4.2. Historia de la Fisioterapia en Ecuador.....	35
2.4.3. Perfil académico del fisioterapeuta.....	38
2.5. INTERVENCIÓN DE LA FISIOTERAPIA EN LOS PRIMEROS NIVELES DE ATENCIÓN.....	39
2.5.1. Fisioterapia en Promoción de Salud.....	40
2.5.2. Fisioterapia y Prevención de Enfermedades y/o Discapacidades.....	42
2.5.3. Fisioterapia y Visita Domiciliaria.....	43
<b>CAPÍTULO III.....</b>	<b>45</b>
<b>3. OBJETIVOS DE INVESTIGACIÓN.....</b>	<b>45</b>
3.1. Objetivo General:.....	45
3.2. Objetivos Específicos.....	45
<b>CAPÍTULO IV.....</b>	<b>46</b>
<b>4. METODOLOGÍA.....</b>	<b>46</b>
4.1. TIPO DE ESTUDIO.....	46
4.2. ÁREA DE ESTUDIO.....	46



4.3.	UNIVERSO Y MUESTRA .....	46
4.4.	CRITERIOS DE INCLUSIÓN .....	47
4.5.	CRITERIOS DE EXCLUSIÓN .....	47
4.6.	VARIABLES .....	47
4.6.1.	MATRIZ DE OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES .....	47
<b>5.</b>	<b>MÉTODOS, TÉCNICAS E INSTRUMENTOS .....</b>	<b>48</b>
5.1.	MÉTODO .....	48
5.2.	TÉCNICAS .....	48
5.3.	INSTRUMENTOS .....	48
<b>6.</b>	<b>PROCEDIMIENTO .....</b>	<b>48</b>
<b>7.</b>	<b>TABULACIÓN Y ANÁLISIS .....</b>	<b>50</b>
<b>8.</b>	<b>ASPECTOS ÉTICOS .....</b>	<b>51</b>
<b>CAPÍTULO V .....</b>		<b>52</b>
<b>9.</b>	<b>RESULTADOS Y TABLAS .....</b>	<b>52</b>
<b>CAPITULO VI .....</b>		<b>66</b>
10.	DISCUSIÓN .....	66
11.	CONCLUSIONES .....	71
12.	RECOMENDACIONES .....	73
<b>13.</b>	<b>REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....</b>	<b>74</b>
<b>14.</b>	<b>ANEXOS: .....</b>	<b>78</b>
	ANEXO N°1: MATRIZ DE OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES .....	78
	ANEXO N°2. INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS .....	79
	ANEXO N°3. CONSENTIMIENTO INFORMADO .....	82
	ANEXO N°4. PERMISO DISTRITO 01D01 .....	84
	ANEXO N°5. PERMISO DISTRITO 01D02 .....	85



## Cláusula de licencia y autorización para publicación en el Repositorio Institucional

---

Jonathan Iván Dueñas Mosquera en calidad de autor y titular de los derechos morales y patrimoniales del Proyecto de investigación **“PERCEPCIÓN, CONOCIMIENTOS Y ACTITUDES DEL PERSONAL SANITARIO SOBRE INTERVENCIÓN DE FISIOTERAPIA EN CENTROS DE SALUD. DISTRITOS 01D01 Y 01D02. CUENCA 2020.”**, de conformidad con el Art. 114 del CÓDIGO ORGÁNICO DE LA ECONOMÍA SOCIAL DE LOS CONOCIMIENTOS, CREATIVIDAD E INNOVACIÓN reconozco a favor de la Universidad de Cuenca una licencia gratuita, intransferible y no exclusiva para el uso no comercial de la obra, con fines estrictamente académicos.

Asimismo, autorizo a la Universidad de Cuenca para que realice la publicación del Proyecto de investigación en el repositorio institucional, de conformidad a lo dispuesto en el Art. 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior.

Cuenca, 05 de marzo 2020

Jonathan Iván Dueñas Mosquera

CI: 0704579127



## Cláusula de licencia y autorización para publicación en el Repositorio Institucional

---

María Gabriela Viñansaca Cabrera en calidad de autora y titular de los derechos morales y patrimoniales del Proyecto de Investigación **"PERCEPCIÓN, CONOCIMIENTOS Y ACTITUDES DEL PERSONAL SANITARIO SOBRE INTERVENCIÓN DE FISIOTERAPIA EN CENTROS DE SALUD. DISTRITOS 01D01 Y 01D02. CUENCA 2020."**, de conformidad con el Art. 114 del CÓDIGO ORGÁNICO DE LA ECONOMÍA SOCIAL DE LOS CONOCIMIENTOS, CREATIVIDAD E INNOVACIÓN reconozco a favor de la Universidad de Cuenca una licencia gratuita, intransferible y no exclusiva para el uso no comercial de la obra, con fines estrictamente académicos.

Asimismo, autorizo a la Universidad de Cuenca para que realice la publicación del Proyecto de Investigación en el repositorio institucional, de conformidad a lo dispuesto en el Art. 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior.

Cuenca, 29 de abril de 2021.

María Gabriela Viñansaca Cabrera

C.I: 0106433584



### Cláusula de Propiedad Intelectual

---

Jonathan Ivan Dueñas Mosquera, autor del proyecto de investigación **“PERCEPCIÓN, CONOCIMIENTOS Y ACTITUDES DEL PERSONAL SANITARIO SOBRE INTERVENCIÓN DE FISIOTERAPIA EN CENTROS DE SALUD. DISTRITOS 01D01 Y 01D02. CUENCA 2020.”** certifico que todas las ideas, opiniones y contenidos expuestos en la presente investigación son de exclusiva responsabilidad de su autor/a.

Cuenca, 29 de abril de 2021

Jonathan Ivan Dueñas Mosquera

C.I: 0704579127





### Cláusula de Propiedad Intelectual

---

María Gabriela Viñansaca Cabrera, autora del proyecto de investigación **"PERCEPCIÓN, CONOCIMIENTOS Y ACTITUDES DEL PERSONAL SANITARIO SOBRE INTERVENCIÓN DE FISIOTERAPIA EN CENTROS DE SALUD. DISTRITOS 01D01 Y 01D02. CUENCA 2020."** certifico que todas las ideas, opiniones y contenidos expuestos en la presente investigación son de exclusiva responsabilidad de su autor/a.

Cuenca, 29 de abril de 2021

---

María Gabriela Viñansaca Cabrera

C.I: 0106433584



## AGRADECIMIENTO

Primero que todo a Dios, por permitirnos conocer y formarnos en esta hermosa profesión.

A nuestros padres, pilares fundamentales de nuestras vidas, gracias por su amor y apoyo incondicional.



## DEDICATORIA

Este trabajo va dedicado a toda mi familia; a mis padres, Iván Dueñas y Carmen por haberme dado la vida y hacer esto posible.

A mi papá que siempre me ha brindado su apoyo sin condiciones y a mi mamá que siempre ha estado en cada etapa de mi vida, en los buenos y malos momentos.

A mi segunda mamá, Paquita Pazmiño que con su gran corazón me ha brindado apoyo incondicional, al igual que mi tía Gina Dueñas que nunca han dejado de creer en mí.

Muchas gracias de todo corazón a todita mi familia que estuvieron conmigo en este largo proceso, en especial para un ser querido que ya no está con nosotros y que anhelaba verme graduado, mi abuelita Arcelia Gallardo que en paz descanse.

- **Jonathan**



## DEDICATORIA

A toda mi familia, mi motivación constante.

A mis padres, quienes han sido mi máxima inspiración y admiración, gracias por su permanente apoyo y amor.

A mis 6 hermanos, por su perfecta presencia en mi vida.

A Santiago y Abel, por infundirme a anhelar las cosas del cielo.

A mi comunidad, gracias por sus oraciones.

A los amigos de toda la vida, El Clan - Las Imposibles.

A Valeria y Daniel, por toda la influencia positiva que han traído a mi vida, gracias por ser mis personas.

- **Gabriela**



## DEDICATORIA

A la promoción egresada en el 2019, a pesar de las tantas adversidades, lo estamos logrando.

- **Jonathan y Gabriela**



## CAPÍTULO I

### 1. INTRODUCCIÓN

#### 1.1. ANTECEDENTES

En nuestro país hasta el año 2007, a consecuencia de las políticas neoliberales de la década de los 90, y la inestabilidad democrática a inicios del 2000, la Salud Pública se desarrollaba mediante mecanismos de privatización, la cual se caracterizaba por una reducción del presupuesto en infraestructura y recursos humanos, sin financiamiento de servicios para municipios y una evidente pérdida de rectoría (1), pese al ya creado Ministerio de Salud Pública en el año de 1967 (2); es decir, en los servicios públicos se manifestaba una baja cobertura y calidad de atención, que afectaba principalmente a la población más pobre (3).

La reforma de la Constitución en 2008 ofreció diversos cambios radicales para el sector salud, el más importante fue la implementación del Modelo de Atención Integral de Salud Familiar, Comunitario e Intercultural (MAIS - FCI), que vino a reforzar el limitado accionar del modelo de Atención Primaria de Salud (APS) (4), teniendo un enfoque dirigido a la APS renovada, modelo que se aplicó en muchos países latinoamericanos, debido a las diferentes características sociodemográficas, diversidad cultural, diferentes capacidades políticas, recursos económicos y desarrollo histórico del sector salud (5).

El MAIS-FCI permitió que el primer nivel de atención tome protagonismo en el sistema sanitario, dejando atrás el enfoque biólogo – curativo para dar paso a una atención integral, de prevención y promoción de salud, tomando una dirección más preventiva que curativa (4). Los servicios de salud fueron reorientados para brindar accesibilidad en costos y servicios al paciente, familias y a la comunidad, sin discriminación de ninguna índole, enfatizando la importancia de la conformación de un equipo multidisciplinario desde los primeros niveles que



garantice esta atención integral, y que además mantenga un enfoque hacia la promoción de salud y la prevención de enfermedades (3).

Puesto que se habla de atención integral, se intenta comprender por qué hasta el momento la Fisioterapia no ha logrado una actuación desde los centros de salud, teniendo en cuenta que hablamos de una profesión que brinda bienestar físico actuando en las alteraciones del movimiento corporal a través de medios físicos, técnicas manuales y el ejercicio, pero que permitiendo un accionar temprano a través de programas y proyectos educomunicacionales vinculados con prevención de enfermedades y promoción de salud, actuaría claramente en un primer nivel de atención apoyando así al equipo sanitario.

Es necesario recalcar además que la educación de los futuros Fisioterapeutas de la Universidad de Cuenca cuenta con una formación académica y práctica sobre Rehabilitación de Base Comunitaria, Promoción de Salud y prevención de enfermedades y/o discapacidades.



## 1.2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

Se parte del hecho que aún se percibe un sistema de salud paternalista que no contempla la acción de un equipo multidisciplinario en pro de una atención verdaderamente integral, existiendo mayor preferencia para proporcionar recursos a los sistemas curativos y quitándole importancia a los sistemas enfocados en prevención (6).

Se ha demostrado mediante evidencia internacional, mayor eficacia en la atención del paciente dentro del primer nivel, la brindada por personal de origen formativo y perfil profesional diferente, formando lo que se conoce como un concepto moderno de organización sanitario al equipo de salud (7-8).

Con el paso del tiempo se ha visto ineficaz la atención brindada dentro de los centros de salud, dado la cantidad de interconsultas hacia el segundo y tercer nivel de atención. Los centros de salud al ser el primer contacto del individuo con el sistema sanitario deberían disponer de un equipo de trabajo capacitado a resolver la mayoría de las necesidades básicas de la población, evitando así el congestionamiento en los siguientes niveles (8-9).

Actualmente en nuestro país, existe escaso conocimiento sobre las acciones que la Fisioterapia puede desarrollar dentro de los primeros niveles de atención, puesto que se cataloga a esta profesión únicamente en una visión rehabilitadora. Dentro del primer nivel es donde se debe orientar de forma temprana a la población sobre las alteraciones físicas y posturales; temas que se encuentran desarrollados dentro de esta profesión, resaltando la importancia del ejercicio físico en la prevención de enfermedades. Recalcando, además, que la recuperación física repercute en gran medida sobre las dimensiones física, mental y social del estado de salud (10).





El Fisioterapeuta no debería verse solamente como el profesional que actúa posterior a un proceso quirúrgico, o de discapacidad, se debe entender que el actuar temprano de esta profesión evitaría llegar a estos procesos posteriormente. Considerando el perfil epidemiológico de mortalidad de Ecuador en el año 2018 (11), una intervención fisioterapéutica temprana ayudaría notablemente en la mayoría de las causas, puesto que se exponen en su mayoría enfermedades crónicas no transmisibles, en donde el tratamiento y su prevención es el ejercicio físico (12-13).

A nivel de prevención de enfermedades y promoción de salud se han lanzado un sinnúmero de programas que impulsan la actividad física dirigida, si se conoce que la Fisioterapia es la profesión que tiene directa relación con el movimiento corporal, es evidente que no se está tomando en cuenta la profesión y las efectivas funciones que ejerce.

En cuanto a las Visitas Domiciliarias realizadas también dentro del primer nivel de atención, si tomamos en cuenta los criterios mínimos acerca de las situaciones que requieren de forma prioritaria atención domiciliaria, nos encontramos con poblaciones, que en su mayoría presentan limitaciones de movimiento, traslado y/o discapacidad (14); cómo es posible no incluir una figura que tiene como objetivo mejorar la función y el movimiento, para así reducir las barreras a las que diariamente se enfrenta esta población, mejorando su calidad de vida.

Entonces, ¿Se conocen las capacidades que el fisioterapeuta tiene dentro del primer nivel?, o solamente se ha visto necesaria una actuación dentro de los siguientes niveles, ya sea por falta de recursos o espacios.



### 1.3. JUSTIFICACIÓN.

En la actualidad, en donde el sistema de salud nacional se ha propuesto ejecutar una atención integral, es imprescindible el conocimiento sobre las acciones que la Fisioterapia puede realizar; desarrollándose alrededor de un principal objetivo que justifica su puesta en acción que es mejorar la calidad de vida del paciente.

Se cree necesario empezar una comprobación de este conocimiento al personal de salud, y en específico al personal que labora en un primer nivel de atención ya que, siendo la puerta de entrada del paciente al servicio de salud, debe estar en la capacidad de distinguir aquellos casos en donde se necesite la intervención fisioterapéutica.

Al conocer la posición que muestre el personal sanitario se podría descartar o sumar las barreras que posee la Fisioterapia para actuar desde un primer nivel de atención. El personal de salud en general debería reconocer el desempeño de la Fisioterapia, para que así frente a los sistemas reguladores de servicios esta profesión adquiera el lugar que merece por su preparación académica y práctica, dentro del desarrollo de las estrategias que expone el MAIS-FCI.

Nuestra investigación impulsará una optimización de los recursos y la eficiencia de atención del servicio de Salud Pública, ya que reconociendo el desempeño de un fisioterapeuta, surgiría la necesidad de incluir a la fisioterapia dentro de este nivel, como ya lo demuestra la experiencia exitosa internacional de países como España, Chile y Reino Unido, en donde se ha logrado reducir el congestionamiento de los servicios mediante programas de atención, prevención y promoción, disminuyendo también barreras de accesibilidad y brindando mayor eficacia, con el fin de mejorar la salud y la calidad de atención en los pacientes (15). Es decir, se busca mejorar y fortalecer la capacidad pública y social que brinde una atención de calidad frente a las necesidades de la población, mejorando a su vez su calidad de vida, lo que constituye uno de los objetivos del Buen Vivir.



De esta forma la población que requiera una atención fisioterapéutica en un primer nivel dispondrá de una correcta guía en cuanto al tratamiento, impulsando las destrezas que el paciente esté en capacidad de realizar para ayudar aquellas actividades que se tornan difíciles o en muchos casos imposibles de ejecutar, en pro de alcanzar un bienestar integral teniendo en cuenta los aspectos físico, mental y social.

En las prioridades de investigación del Ministerio de Salud Pública (MSP) 2013-2017 en vigencia, esta investigación consta en la línea N° 19 de investigación definidas titulada "SISTEMA NACIONAL DE SALUD" en los literales de Talento humano, Atención Primaria en Salud y Calidad de atención, prestación y sistemas de apoyo (16) .

Los beneficiarios de este estudio serán personas encargadas de la salud colectiva, investigadores, y por supuesto los usuarios del servicio de salud pública.



## CAPÍTULO II

### 2. FUNDAMENTO TEÓRICO

#### 2.1. SALUD PÚBLICA

##### 2.1.1. Concepto

El término Salud Pública viene de los vocablos “salud” y “población” (17). Según la OMS la salud se define como "el estado completo de bienestar físico, mental y social, no consiste solamente en la ausencia de enfermedad" (18), dejando atrás el enfoque biologista que delimitaba a la salud a partir de la enfermedad, concepto que se mantuvo hasta la mitad del siglo XX (19).

Según la Real Academia Española “población” se define como “grupo humano asentado en un territorio, que constituye la condición demográfica necesaria para la existencia del Estado, con quien se relaciona por medio del vínculo jurídico y político de la nacionalidad” (20). Resaltando sucesos históricos que se mencionarán más adelante, se considera que la población busca mejorar; persigue un estado de bienestar y esto es lo que genera las transformaciones a nivel sociopolítico, por el vínculo que mantiene con el Estado y sus gobernantes.

Entonces, se entiende Salud Pública, como el grupo de gestiones que buscan la promoción de la salud, prevención y erradicación de enfermedades y la intervención de la salud desde una perspectiva multidisciplinaria y colectiva, mediante la promoción de estilos de vida saludables, políticas públicas, campañas de concientización; enfocándose en el ser humano como un ser biopsicosocial, que se desarrolla en un ambiente en donde actúan diversos determinantes de la salud que intervienen en su bienestar holístico (17,19,21).



### 2.1.2. Recuento histórico.

Desde la época de Hipócrates, así como también en la religión (libro de Levítico), lo que en ese entonces se denominaba Higiene Pública fue uno de los orígenes de lo que ahora conocemos como Salud Pública, al considerar la influencia del ambiente físico y social como aspecto preventivo en la salud de la población (22).

A principios del siglo XIX, con el nacimiento de la urbanización e industrialización, se formaron también movimientos de derechos civiles, además de huelgas, paros y protestas por parte de la clase proletaria que exigían un cambio en las deplorables condiciones de trabajo que mantenían durante largas jornadas, las cuales claramente afectaban su salud (21,17). Se destaca entonces la importancia del impacto social que promovió a que la salud comience a tomar parte de un aspecto político.

Más adelante, en la primera mitad del siglo XX, surge un hecho histórico al crearse en Cuba el primer ministerio de Salud Pública denominado Secretaría de Sanidad y Beneficencia (22). Impulsando a que otros países como Alemania, Inglaterra, Francia, entre otros, den apertura a este ministerio, el cual tenía como objetivo principal velar por la salud de la población.

### 2.1.3. Salud Pública en el Ecuador

El Ministerio de Salud Pública fue creado por la Asamblea Constituyente de 1967, mediante decreto 084 publicado en el Registro Oficial No. 149 del 6 de junio de ese mismo año; anteriormente las funciones de la salud formaban parte del Ministerio de Previsión Social y Trabajo, y el primer paso para su creación se dio en 1963 (2). Como objetivos y fines de esta entidad están la coordinación e integración gradual del servicio sanitario con una mirada en ampliar la cobertura para alcanzar todos los estratos sociales (3).

A partir del 2007, Ecuador entró en un proceso de transformación del sistema de salud hacia la universalidad, gratuidad y de calidad excelente; gracias a la nueva



Constitución de la Republica que declaró a la salud como un derecho humano inalienable y al Estado como garante del acceso universal y gratuito de la población para la atención y prevención de enfermedades (3).

#### **2.1.4. Cobertura de servicios del Sistema de Salud Nacional**

El sistema de salud del Ecuador está conformado por los sectores público y privado. La red pública comprende, Ministerio de salud pública (MSP) el Ministerio de Inclusión Económica y Social (MIES), los servicios de salud de las municipalidades y las instituciones de seguridad social como el Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social (IESS), Instituto de Seguridad Social de las Fuerzas Armadas (ISSFA) e Instituto de Seguridad Social de la Policía Nacional (ISSPOL) (23).

El MSP ofrece servicios de atención de salud a toda la población. El MIES y las municipalidades cuentan con programas y establecimientos de salud en los que también brindan atención a la población no asegurada. Las instituciones de seguridad social cubren a la población asalariada afiliada. En cambio, el sector privado comprende instituciones con fines de lucro (hospitales, clínicas, dispensarios, consultorios, farmacias y empresas de medicina de pago anticipado) también se incluye organizaciones no lucrativas de la sociedad civil y de servicio social (3,23).

El MSP cubre alrededor del 51% de la población ecuatoriana, con la provisión más amplia de servicios de todo el país, 47% de unidades ambulatorias y hospitalarias, y los hospitales de referencia nacional más grandes del país (23). Los trabajadores del sector formal de la economía, incluyendo al sector campesino, tienen derecho a afiliarse al IESS, el cual cubre por lo menos a 20% del total de la población ecuatoriana, por otro lado el ISSFA y el ISSPOL cubren a poco más del 5% de la población con seguros públicos, que representan 2% de la población económicamente activa (23). Pese a que, en Ecuador, la ley exige la cobertura



universal en salud, en los hechos todavía existe una limitada cobertura real con servicios cuya calidad no siempre es la óptima.

## 2.2. ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD

La conferencia de la OMS-Unicef de Alma-Ata definió la APS como “la asistencia esencial, basada en métodos y tecnologías prácticos, científicamente fundados y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad, mediante su plena participación, y a un coste que la comunidad y el país puedan soportar, en todas y cada una de las etapas de su desarrollo, con un espíritu de autorresponsabilidad y autodeterminación” (24). La Atención Primaria es el componente del Sistema Nacional de Salud, y constituye la función central y el núcleo principal; así también, es parte del desarrollo social y económico global de la comunidad que representa el primer nivel de contacto de los individuos, la familia y la comunidad con el Sistema Nacional de Salud, llevando y brindando lo más cerca posible la atención de salud al lugar donde residen y trabajan las personas, y de esta manera conformar el primer elemento de un proceso permanente de asistencia sanitaria (25). En 2005, en Montevideo se elaboró un documento aprobado posteriormente por la OPS/OMS de Renovación de la APS; es decir, esta se centra en el sistema de salud en su conjunto, incluyendo todos los sectores (24).

La estrategia de APS fue aprobada con el fin de cumplir el lema, “Salud para todos en el año 2000”. Fue frecuente la mala interpretación de los contenidos de la definición expuesta ya que ha llevado a pensar que su aplicación es prioritaria solamente para los países subdesarrollados, donde se brinda una asistencia sanitaria de baja calidad y pobre para pueblos y ciudadanos pobres. Es muy importante entender el cambio que va desde la asistencia ambulatoria a la Atención Primaria de Salud donde no solo cambian los objetivos sino también su contenido, organización y responsabilidad. El objetivo de la asistencia ambulatoria o del modelo médico anterior era enfocarse en la enfermedad y la

curación con su tratamiento específico por un especialista de manera individual. Ahora los objetivos desde la APS, son la salud, la prevención y el cuidado a través de la promoción de la salud, seguimiento del cuidado de manera global realizado por una organización de médicos y profesionales sanitarios que componen un equipo con colaboración intersectorial. Cada país ha de determinar cuáles son las vías concretas de desarrollo de la APS más adecuadas para sus circunstancias socioeconómicas y culturales, así como para las características de su sistema sanitario; siempre y cuando basen la atención de los principales problemas sanitarios de la población desde la prevención de la enfermedad y la promoción de la salud (26,25).

Los elementos claves de la organización en el que está basado el contenido sanitario de la APS son el trabajo en equipos multidisciplinarios y el centro de salud (de atención primaria), teniendo como referentes la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad. Términos que se definirán a continuación:

- **Equipo de Atención Primaria**

En este equipo de Atención Primaria, el profesional médico tiene un papel primordial y tomando en cuenta lo que ha sucedido en la asistencia médica ambulatoria desarrollada por un solo facultativo, la diferencia dentro de un equipo es enorme; el médico no es el único protagonista de la actividad sanitaria, puesto que, en todos los niveles de actuación, comparte sus responsabilidades y tareas con los otros componentes del equipo (25). Los factores que influyen en la composición del equipo de Atención Primaria son: la situación política, económica y de la infraestructura sanitaria de cada país y es el primer factor que se debe considerar, ya que es el que delimita sus características globales y, a partir de ellas, las de todos los elementos del sistema de salud.

- **Centro de Salud**

La estructura física, funcional para desarrollar una parte importante de las actividades de la APS, de forma coordinada, integral, continuada es el Centro de



Salud (de Atención Primaria) que con base en el trabajo en equipo ha de contemplar tanto actividades asistenciales curativas como promoción de la salud y prevención de la enfermedad (25), las funciones básicas de un centro de salud integral son:

- Atención preventiva (vacunaciones, diagnóstico precoz, etc.) y de promoción de la salud
- Diagnóstico y tratamiento de enfermedades, rehabilitación y reinserción social
- Atención domiciliaria y urgente
- Vigilancia epidemiológica
- Educación sanitaria y acciones comunitarias preventivas
- Gestión de Atención Primaria
- Docencia e investigación en Atención Primaria.

#### • Promoción de Salud

Rudolf Virchow, patólogo alemán muy conocido por sus hallazgos científicos, fue uno de los principales exponentes de la medicina social. Él defendió que la salud humana es un asunto de interés social directo y que las condiciones sociales y económicas están relacionadas directamente con la enfermedad (27).

Por otro lado, Henry E. Sigerist, ilustre médico e historiador suizo, realizó aportes importantes para el desarrollo de la promoción de la salud y la medicina social. Su diseño del sistema de servicios de salud posee un enfoque epidemiológico extraordinario, y además abordó un sistema de atención médica, donde dio una gran importancia a la asistencia primaria y a las actividades de promoción de la salud, además concibió las 4 funciones de la medicina: la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad, la restauración del enfermo y la rehabilitación (27-28).

La promoción de salud como tal es una estrategia establecida en Ottawa, en 1986, donde se la define como: “el proceso que proporciona a los individuos y a las

comunidades los medios necesarios para ejercer un mayor control sobre su propia salud y así poder mejorarla (29). En la Carta de Ottawa se definieron las siguientes 5 grandes líneas de acción de promoción de la salud:

- Elaboración de políticas públicas y legislación saludables
- Creación y protección de ambientes saludables
- Fortalecimiento de la acción comunitaria
- Desarrollo de aptitudes personales
- Reorientación de los servicios sanitarios

Las últimas conferencias mundiales de Promoción de Salud que se han dado son la octava que se tuvo en Helsinki 2013 y la novena que se dio Shanghai 2016. En la penúltima se destacó por dejar bien esclarecidas los determinantes socioculturales de la salud; por ello, el debate se centró en cómo lograr insertar la promoción de salud en todas las políticas; por otra parte, en la última conferencia se planteó como tema central "La promoción de salud en los objetivos de desarrollo sostenibles" (27).

## • **Prevención de Enfermedades**

Según la OMS, "prevención" se define como "Medidas destinadas no solamente a prevenir la aparición de la enfermedad, tales como la reducción de factores de riesgo, sino también a detener su avance y atenuar sus consecuencias una vez establecida" (30).

La prevención de la enfermedad es una estrategia de la Atención Primaria en Salud, que mediante sus diferentes niveles de actuación y considerando al ser humano desde una visión integral, interrelaciona la promoción, prevención, tratamiento, rehabilitación y reinserción social, con el fin de que la persona que posea o tenga riesgo de enfermedad, sea diagnosticado y tratado a tiempo, evitando complicaciones y/o secuelas (30-31).



○ Niveles de Prevención

- Primario. Tiene como objetivo reducir la incidencia de las enfermedades, por medio del control de los agentes causales y factores de riesgo. Son medidas orientadas a evitar la aparición de una enfermedad o problema de salud (31).
- Secundario. Son medidas que actúan frente a una enfermedad o problema de salud que ya está presente en un individuo en cualquier punto de aparición. Su objetivo es detener o retardar el progreso de una enfermedad, reduciendo su prevalencia (31).
- Terciario. Medidas orientadas a evitar, retardar o reducir la aparición de las secuelas de una enfermedad o problema de salud, mejorando la calidad de vida de las personas enfermas (31).

Aunque conforman una parte esencial de la Atención Primaria en Salud, no se debe confundir los términos Promoción de Salud y Prevención de Enfermedades. En algunos aspectos, el enfoque de la prevención primaria presenta similitud con el enfoque de la promoción. Además, que pueden compartir instrumentos y niveles de intervención (31).

Sin embargo, la población que trata cada una de estas estrategias es diferente. La prevención incide en los grupos e individuos en riesgo de adquirir una enfermedad específica, mientras que la promoción de la salud busca incidir sobre los determinantes favorables para la salud de los grupos poblacionales y de la sociedad en general (31).

Las acciones en salud son de tres tipos: promoción, prevención y curación - rehabilitación. Se considera que “toda estrategia de intervención, para que sea integral debe ser una combinación, en mayor o menor medida, de los tres tipos de acciones (31).”

### 2.2.1. Visión hacia la APS renovada

Las percepciones sobre el papel de la APS abarcan varias categorías dadas entre discrepancias sobre conceptos erróneos adoptados incluso en un mismo país; en Europa y otros países industrializados, la APS ha sido identificada primordialmente como el primer nivel de atención de los servicios de salud brindados, y es conocida como Atención Primaria.

En el mundo en desarrollo la APS ha sido 'selectiva' (lanzada por UNICEF en 1982), concentrando sus esfuerzos en pocas intervenciones de alto impacto que han tomado como blanco las causas prevalentes de mortalidad infantil y algunas enfermedades infecciosas; solo muy pocos países han logrado implementar un enfoque integral y nacional de la APS (32).

En la Región de las Américas en particular, no es raro encontrar diferentes criterios sobre la APS, debido a las características propias del desarrollo histórico de la salud y la atención a la salud, así como al legado de diferentes sistemas políticos y sociales; también se sugiere que la explicación a esta divergencia se encuentra en las definiciones ambiciosas y algo vagas de la APS contenidas en la Declaración de Alma Ata (33).

La APS selectiva fue adquiriendo de alguna manera popularidad en muchos países. Aunque exitosa en algunas áreas fue fuertemente criticada dirigirse a un conjunto reducido de poblaciones y problemas de salud dejando de parte la creciente importancia de otros problemas como las afecciones crónicas, las enfermedades mentales, las lesiones externas, las infecciones de transmisión sexual y la infección por el VIH/SIDA, así como a otras poblaciones vulnerables, como los adolescentes y los ancianos (33).

Es por esto que la idea de Renovar la APS asume mayor importancia y debe propugnar con mucho más énfasis un enfoque razonado y basado en la evidencia que permita lograr una atención universal, integral e integrada, teniendo como

propósito, revitalizar la capacidad de todos los países de organizar una estrategia coordinada, efectiva y sostenible que permita resolver los problemas de salud existentes, afrontando los nuevos desafíos en salud y mejorando la equidad.

La APS Renovada exige prestar más atención a las necesidades estructurales y operativas de los sistemas de salud tales como el acceso, la justicia económica, la adecuación y sostenibilidad de los recursos, el compromiso político y el desarrollo de sistemas que garanticen la calidad de la atención (33)

### **2.2.2. APS en Ecuador**

La reforma de la Constitución en 2008 ofreció cambios radicales para el sector salud, el más importante fue establecer a la Atención Primaria de Salud (APS) como el eje central del sistema de salud y con esto implementar el Modelo de Atención Integral de Salud Familiar, Comunitario e Intercultural (MAIS - FCI) (4), teniendo un enfoque dirigido a la APS renovada, modelo que se aplicó en muchos países latinoamericanos, debido a las diferentes características sociodemográficas, diversidad cultural, diferentes capacidades políticas, recursos económicos y desarrollo histórico del sector salud (5).

La implementación del MAIS se basó en los principios de la APS, la cual presenta una importancia especial hacia los recursos humanos, espacios físicos y materiales de los primeros niveles de atención. De esta forma se fortaleció el primer nivel de atención creando 1792 Equipos Básicos de Atención de Salud (EBAS) integrados por médicos, enfermeras, odontólogos durante el período 2008 – 2009, que visitaron 2'024,000 familias con acciones de promoción, prevención e identificación de factores de riesgo. (34)

En el 2010, debido a la crecida demanda y el abarrotamiento de servicios hospitalarios, se desintegraron los EBAS, y es por esta razón que frente a la deficiencia de recursos humanos en el año 2012 el Ministerio de Salud Pública contrató a 1700 Técnicos de Atención Primaria de salud (TAPS) que se integrarían a los servicios de salud primarios. (34)

## 2.3. MODELO DE ATENCIÓN INTEGRAL EN SALUD.

La reforma de la Constitución en 2008 ofreció un cambio para el Sistema Nacional de Salud que incluyó dos periodos: el primero, de inversión inminente y restitución de lo público; y el segundo en la articulación del Ministerio de Salud Pública (4). Nos enfocaremos en el primer periodo, ya que aquí es donde el primer nivel de atención más conocido en nuestro país como “Centro de Salud”, tomó protagonismo mediante la implementación del Modelo de Atención Integral de Salud, dejando atrás el enfoque biólogo – curativo para dar paso a una atención integral, reorientando los servicios de salud para brindar accesibilidad en costos y servicios a todos los individuos y familias sin discriminación de ninguna índole, enfatizando la importancia de la conformación de un equipo multidisciplinario para una atención integral desde los primeros niveles de atención (4).

### 2.3.1. Componentes del MAIS-FCI

El MAIS-FCI está compuesto por 4 elementos que hacen posible su intervención y su desarrollo: provisión de servicios, organización, gestión y financiamiento (14).

- La provisión de servicios se relaciona con la oferta de servicios integrales e integrados de salud, en base a las necesidades de salud de la población a nivel individual, familiar y comunitario. Está compuesto directamente por los grupos poblacionales que requieren atención según sus necesidades, prioridades y condiciones. Las modalidades de atención son intramural o en un establecimiento de salud, en establecimientos móviles de salud y la prehospitalaria y la atención extramural o comunitaria que también sirve de estrategia para brindar las prestaciones integrales de salud a través de las visitas domiciliarias.
- El componente de organización comprende: la estructuración de los servicios de salud por niveles de atención y la clasificación de los establecimientos del primer nivel en centros tipo A, B o C, en dependencia de su estructura y servicios que oferta además de la organización de



equipos de atención integral de salud que permiten cumplir con los objetivos y metas, organización y funcionamiento de la Red Pública Integral de Salud y complementaria. La organización territorial desconcentrada y descentralizada que está implementando el país, establece 9 zonas de planificación, 140 distritos y 1134 circuitos (14).

- La gestión comprende los procesos gerenciales que brindan un soporte a la provisión y organización de los servicios de salud, para el logro de resultados sanitarios dentro del contexto del MAIS-FCI.
- El componente de financiamiento permite asegurar los recursos necesarios para poder cumplir con los planes estratégicos nacionales, zonales, distritales, provinciales y en circuitos, los proyectos en salud, el conjunto de prestaciones y las inversiones en infraestructura y equipamientos del sector público (14,4,23).

### **2.3.2. Niveles de Atención**

El nivel de atención es un conjunto de establecimientos de salud que bajo un marco normativo legal y jurídico establece niveles de complejidad necesarios para resolver con eficacia y eficiencia necesidades de salud de diferente magnitud y severidad, se organizan de acuerdo al tipo de servicios que deben prestar, estándares de calidad en infraestructura, equipamiento, talento humano, nivel tecnológico y articulación para garantizar continuidad y el acceso escalonado de acuerdo a los requerimientos de las personas hasta la resolución de los problemas o necesidades de salud (14).

- Primer nivel de atención, es la puerta de entrada al sistema nacional de salud y debe cubrir toda la población resolviendo las necesidades básicas. debe ser intra y extramural con énfasis en promoción y prevención. Este se divide en: puesto de salud, consultorio general, centros de salud A, B y C.



- Segundo nivel de atención, comprende servicios de atención ambulatoria especializada y las que requieran hospitalización que se derivan desde el primer nivel. Se desarrollan actividades de prevención, curación y rehabilitación; consta de 4 subniveles: consultorio de especialidad, centro de especialidad, centro clínico quirúrgico, hospital básico y hospital general.
- Tercer nivel de atención, corresponde a servicios ambulatorios y hospitalario de especialidad y especializados. Se resuelven problemas de alta complejidad, cirugías de alta severidad, realización de trasplantes, cuidados intensivos etc. El tercer nivel también tiene tres niveles a su vez que son: centro especializado, hospital especializado y hospital de especialidades.
- Cuarto nivel de atención es el que contempla la experimentación clínica, pre-registro o de procedimientos con evidencia no suficiente pero que demuestra buenos resultados (14).

### **2.3.3. Primer nivel de atención.**

Considerado la puerta de entrada de la población al servicio de salud, el primer nivel de atención, o también conocido en nuestro país como Centro de Salud, se refiere a la estructura física y funcional que asume la responsabilidad de dar respuesta a las necesidades y problemas de salud de la comunidad a la que atiende y en sus actividades han de estar contemplados tanto los aspectos asistenciales curativos como los de promoción de la salud y de prevención de la enfermedad. Se desarrolla en base a las actividades de la APS, de manera coordinada, integral, continuada permanente y con base en el trabajo en equipo multidisciplinar (25,35).





Actividades sistemáticas de promoción, atención a población priorizadas y comunidades alejadas, visitas domiciliarias e identificación de eventos centinela para la ejecución de medidas de control oportunas, se realizan en este nivel.

Se presentan herramientas metodológicas para:

- Conformación y/o fortalecimiento de la organización comunitaria de salud-comité local de salud.
- Diagnóstico Situacional
- Diagnóstico Dinámico
- Mapa Parlante
- Sala Situacional.

Todos estos son importantes en el diagnóstico y el análisis de la situación social y de salud del territorio y su población, cuentan con la participación de los actores locales para obtener mayor integralidad, objetividad y compromisos en la resolución de los problemas y necesidades (14).

El primer nivel de atención posee 3 funciones fundamentales:

1. Ser la puerta de entrada al sistema de salud. Para ello procederá con la adscripción de la población a las unidades de salud más cercana al lugar de vivienda.
2. Responsabilidad del cuidado de la salud individual, familiar y de la comunidad. Prestar servicio de excelencia en promoción, prevención de riesgos y problemas de salud, atención curativa, rehabilitación y cuidados paliativos de acuerdo a la normativa nacional. Incorporando el enfoque de género, intercultural y generacional.
3. Síntesis de la información. Utilizando formularios establecidos (historia clínica) manejar y registrar información necesaria del individuo, familia y comunidad respecto a sus necesidades y problemas de salud. Transferir esta información al siguiente nivel en los casos correspondientes (14).

El MAIS-FCI, modelo al que se rige actualmente el sistema de salud nacional, manifiesta con énfasis la importancia de la presencia de un equipo multidisciplinario que se base en la división funcional del trabajo y

responsabilidades compartidas, en lugar de basarse en una línea jerárquica vertical (14), rechazando el modelo paternalista antes contemplado, en donde el médico se veía como principal recurso; a pesar de lo que se expone en la teoría, se manifiesta en el mismo manual que para el sistema de salud ecuatoriano dentro de un primer nivel de atención se ha definido la actuación del personal de medicina, enfermería y un Técnico de Atención Primaria en Salud (TAPS) (14).

## **2.4. FISIOTERAPIA**

### **2.4.1. Conceptos y funciones**

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la fisioterapia como “el arte y la ciencia por medio del ejercicio terapéutico, calor, frío, luz, agua, masaje y electricidad que tiene como fin prevenir, readaptar y rehabilitar al paciente susceptible del tratamiento físico” (36). Por su parte la A.E.F (Asociación Española de Fisioterapeutas) (37), define la fisioterapia como “el conjunto de métodos, actuaciones y técnicas a través de la aplicación tanto manual como instrumental de medios físicos que curan, previenen, recuperan y adaptan a personas afectadas de disfunciones somáticas, psicosomáticas y orgánicas o a las que se desea mantener un nivel adecuado de salud.”

En Colombia la Ley 528 de 1999 define la fisioterapia como “una profesión liberal, del área de la salud con formación Universitaria, cuyos sujetos de atención son el individuo, la familia y comunidad, en el ambiente en el que se desenvuelve. Su objetivo es el estudio, comprensión y manejo del movimiento corporal humano, como elemento esencial de la salud y el bienestar del hombre” (38).

Según la World Confederation for Physical Therapy (WCPT) "la fisioterapia es un servicio proporcionado por fisioterapeutas a individuos y poblaciones para desarrollar, mantener y restaurar el movimiento máximo y la capacidad funcional a lo largo de la vida" (39). El servicio se brinda en las circunstancias en que el

movimiento y la función eran amenazados por el envejecimiento, las lesiones, el dolor, las enfermedades, los trastornos, las condiciones o los factores ambientales, con la comprensión de que el movimiento funcional es fundamental para alcanzar bienestar (39).

Los fisioterapeutas están calificados y son requeridos profesionalmente para:

- Llevar a cabo un examen / evaluación integral del paciente / cliente o las necesidades de un grupo de clientes
- Evaluar los hallazgos del examen / evaluación para hacer juicios clínicos con respecto a pacientes / clientes
- Formular un diagnóstico, pronóstico y plan
- Proporcionar consultas dentro de su experiencia y determinar cuándo los pacientes / clientes deben ser referidos a otro profesional
- Implementar un programa de intervención / tratamiento de fisioterapeuta
- Determinar los resultados de cualquier intervención / tratamiento
- Hacer recomendaciones para la autogestión

El alcance de la práctica del fisioterapeuta incluye estrategias de salud pública:

- Promover la salud y el bienestar de las personas y del público en general / sociedad, haciendo hincapié en la importancia de la actividad física y el ejercicio.
- Prevención de impedimentos, limitaciones de actividad, restricciones participativas y discapacidades en individuos con riesgo de alteraciones de los movimientos debido a factores de salud, factores estresantes socioeconómicos, factores ambientales y factores de estilo de vida.

#### **2.4.2. Historia de la Fisioterapia en Ecuador**

Antes de que se comience a instaurar los primeros conocimientos de fisioterapia en el Ecuador, a inicios del siglo XX existía la costumbre de acudir a los sobadores; una práctica que ha sido transmitida por generaciones mediante



conocimientos empíricos de sentir con sus manos los huesos y sus posibles desviaciones para determinar su solución (40). En la actualidad esta práctica sigue persistiendo en parte de la población, pero al no contar con sustento teórico ni base científica suele ser más pernicioso que beneficioso.

Adentrándonos más a la práctica profesional de la fisioterapia, se afirma que los primeros equipos de fisioterapia fueron traídos al Ecuador desde Europa a inicios de 1902 para un consultorio privado en Guayaquil y posteriormente en 1904 para el Hospital Luis Vernaza (40). En el año 1913 el rector de la Universidad de Cuenca Dr. Honorato Vásquez dotó de laboratorios y gabinetes con sus respectivos instrumentos y equipos a la Facultad de Medicina y entre estos equipos figuraban los de fisioterapia, como consta en los archivos de las Crónica de la Historia de la Facultad de Medicina de esta universidad (40). De esta manera, muchos médicos que viajaban a Europa en busca de nuevos conocimientos retornaron al país con cátedras novedosas para el enriquecimiento de las universidades de Guayaquil, Quito y Cuenca que para entonces eran las únicas en donde se impartía enseñanza médica.

Desde que se comprobó el primer brote de poliomielitis por el Dr. Andrade Marín en 1926 en Ecuador, y que posteriormente progresa a epidemia entre los años sesenta y ochenta; el país presentó la necesidad de profesionales que traten las parálisis derivadas de la enfermedad. En el año 1967, en el gobierno transitorio pos-dictatorial, se creó el Ministerio de Salud Pública. Este hecho fue el antecedente para que el Estado planificara una visión de salud pública acorde a las necesidades de la época. Los tratamientos de rehabilitación física y fisioterapia a los pacientes con secuelas de poliomielitis eran ofrecidos por enfermeras con adiestramiento en fisioterapia, masajistas, profesores de educación física, religiosas y un escaso número de personas capacitadas en programas de voluntariado (40).



En Ecuador la primera escuela de formación en Fisioterapia se da en la ciudad de Quito en el año 1967 en la Universidad Central del Ecuador, con el título de Tecnólogo Médico en Terapia Física (40). En la Universidad de Cuenca a través de la creación de la Escuela de Tecnología Médica en el año 1976, se inicia la formación de Tecnólogos en Terapia Física (41), y posteriormente en el año de 1998 proponiendo mejorar el nivel académico, esta Universidad plantea la formación de Licenciados en Terapia Física, buscando capacitar a los estudiantes para su desempeño en los niveles preventivo, curativo y de rehabilitación (41).

El 20 de diciembre del año 2000, se aprueba el nuevo pensum para otorgar el título de Licenciado en Terapia Física, título que la Universidad Central del Ecuador, la Universidad de Cuenca y todas las universidades del país que cuenten con la carrera de Terapia Física siguen otorgando hasta la presente fecha (40).

En Ecuador y muchos países de Latinoamérica entre la década de los años 80 y 90 se vivió una era de privatizaciones que afectó la estructura del sector salud, predominando la visión neoliberal donde la salud era un bien a comprar en el mercado, condenando a la APS a una medicina básica para personas pobres de países del tercer mundo, estableciéndose una relación perjudicial entre APS y pobreza, que fue plasmándose de manera ficticia en los referentes sanitarios (3).

Está claro que si el sistema de salud tenía problemas; la Fisioterapia en nuestro país también vivió un limitado accionar, estancándose en un tercer nivel de atención, lo que no permitió el desarrollo de acciones que brinden una salud más integral como lo expresa la estrategia de la APS renovada. Con la llegada de la reforma de la Constitución en 2008, nuestro país obtuvo una notable transformación en el sector de la salud con la implementación del MAIS-FCI.

La estrategia de APS renovada enfatiza la incorporación de un equipo sanitario multidisciplinario que brinde atención integral en el primero y segundo nivel de atención (6), sin embargo, en ningún párrafo del MAIS-FCI, emerge el nombre del profesional de fisioterapia. Como se puede apreciar, el Ministerio de Salud Pública



(MSP) de Ecuador no considera a la fisioterapia dentro del marco multidisciplinar comunitario, es decir no se contempla una atención más amplia que la de rehabilitación.

Se aspira entonces un desempeño desde el primer nivel de atención, teniendo en cuenta la experiencia exitosa internacional de países como España, Chile y Reino Unido, en donde se ha logrado reducir el congestionamiento de los servicios mediante programas de atención, prevención y promoción, disminuyendo también barreras de accesibilidad y brindando mayor eficacia, con el fin de mejorar la salud y la calidad de atención en los pacientes (15).

#### **2.4.3. Perfil académico del fisioterapeuta**

Según el perfil académico de la carrera de terapia física de la Universidad de Cuenca es el siguiente (41):

- El Licenciado en Terapia Física es un profesional de nivel universitario, con formación académica de 9 semestres de duración capacitado para aplicar técnicas y procedimientos Fisioterapéuticos y Kinéticos a personas con patologías y / o disfunción de los diferentes órganos y sistemas del cuerpo humano, contribuyendo al mejoramiento de la calidad de vida del enfermo, del limitado y del discapacitado.
- Su ejercicio profesional estará inmerso y vinculado al equipo interdisciplinario, ejecutando actividades y acciones en su nivel de competencia.
- Cooperar dentro del equipo de salud en actividades de promoción, prevención, curación y rehabilitación de enfermos, limitados y discapacitados en el ámbito de su competencia.
- Cooperar dentro del equipo de salud a través de dispositivos y aparatos de adaptación y readaptación tendientes a la integración o reintegración del enfermo, del limitado y del discapacitado al seno de su familia, al desarrollo socioeconómico y laboral del país.



- Participar en los programas de Rehabilitación de Base Comunitaria, realizando actividades de Fisioterapia y Kinesioterapia Comunitaria preventiva y curativa.
- Participar en la administración de Servicios de Terapia Física tanto a nivel institucional como comunitario.
- Participar y conformar equipos de investigación y edu-comunicación en el ámbito de su competencia.

## **2.5. INTERVENCIÓN DE LA FISIOTERAPIA EN LOS PRIMEROS NIVELES DE ATENCIÓN.**

A pesar del gran progreso que ha tenido el sistema de salud en los últimos años, la atención integral que nos plantea la estrategia de APS renovada apoyada en nuestro país por el MAIS-FCI, todavía no llega a cumplirse a cabalidad. El reconocer que el desarrollo de esta estrategia no debe concentrarse de manera exclusiva en la figura del médico, abre la posibilidad a la conformación de un equipo de salud con diferentes campos de acción, pero con un mismo objetivo, lo cual constituye el pilar fundamental de la organización funcional en un primer nivel de atención (26).

La Fisioterapia por su parte ha logrado ampliar su reconocimiento y con ello ha conseguido su desempeño en diferentes áreas de acción y con diversos grupos etarios, por lo que ha tomado mayor importancia dentro del sistema de salud a nivel mundial (42). Este desarrollo ha sido elemental para que esta profesión tenga cada vez mayor autonomía crítica, así como también mayor participación en la generación y en el uso de conocimiento en salud (43).

El fisioterapeuta desde siempre ha sido visto como un profesional que se encarga de actividades asistenciales sin embargo dentro de un primer nivel de atención debe dar respuesta a las necesidades y problemas de salud de la comunidad realizando actividades de promoción de la salud y de prevención de la enfermedad (35).



Analizando los resultados de un estudio realizado en Colombia al encuestar a los profesionales de salud el 100% del equipo de salud expresó que la principal función que debe atender el fisioterapeuta en APS es la promoción de la salud (100%) y que las acciones que el fisioterapeuta debería realizar en APS son atención clínica (75%), promoción (85%) y prevención (80%) además de expresar el 85% de los encuestados que la atención directa del fisioterapeuta en patologías que no necesitan remisión médica, ayudaría a descongestionar el servicio de medicina general por consulta externa (15).

### **2.5.1. Fisioterapia en Promoción de Salud**

La Promoción de Salud constituye un proceso político y social global que abarca no solamente las acciones dirigidas directamente a fortalecer las habilidades y las capacidades de los individuos, sino también las dirigidas a modificar las condiciones sociales, ambientales y económicas; siguiendo este enfoque, el sistema sanitario debe hacer un esfuerzo por alejarse de una orientación individualista y acercarse a una perspectiva comunitaria, incluyéndola no solo como objeto, sino también como sujeto y espacio (44). Para comprender a la promoción de salud desde un mayor control de la salud que una persona pueda tener sobre sí misma, a continuación, se presentan una serie de estrategias de promoción de salud muy útiles para incidir en el cambio de actitudes y comportamientos en salud, y que pueden ponerse en marcha desde el ámbito sanitario orientado hacia la fisioterapia para tener una idea de la realidad sobre lo que es capaz de realizar esta profesión.

Un fisioterapeuta induce un cambio de conducta para lograr un cambio de comportamiento y así promover hábitos de vida saludables en una persona y en una población. Es esencial tener en cuenta estas estrategias: la estrategia de influencia, de desarrollo de competencias, de modificación del medio. La influencia es el centrado en el cambio de actitudes, predisponer un efecto positivo hacia hacer lo que es bueno. Se emplea una comunicación persuasiva para que sea





efectiva, y esto se logra teniendo en cuenta todas las variables que tengan que ver con la comunicación y su proceso; es decir fuente, mensaje o contenido, destinatario/a/s y medio de transmisión del mensaje (44).

Desarrollar competencias es saber suministrar las herramientas necesarias para poder efectuar el cambio de comportamiento con el fin de mejorar su salud. Además de que la persona esté informada, motivada y disponga de las habilidades necesarias para llevar a cabo determinada acción, se requiere que el entorno la facilite o, al menos, no la impida. Se tomará un ejemplo para describir como interviene la fisioterapia en promover la salud basándose en su objeto de estudio que es el movimiento humano. Por ejemplo se le muestra a una persona hipertensa mediante la edu-comunicación la cual se puede realizar a través de varios instrumentos como carteleros informativos, talleres prácticos, actividades dinámicas y lúdicas donde se transmite mensajes como el ejercicio físico es vida, correctas posturas en el trabajo y en la vida diaria facilitan el control de la salud; el mismo ejercicio físico es un instrumento que disponemos todos al alcance de la mano para poder ejercer un control sobre nuestra propia salud. Una vez que se ha transmitido el mensaje, y se ha influenciado a las personas, el siguiente paso es mantener o incrementar la autoestima y la sensación de control.

Con este fin, se emplea una comunicación que muestre nuestra consideración e interés, así como animar y ayudar en los momentos en que las personas se sientan con dificultades, eliminando la negatividad y estados como el “yo no puedo”. El medio es tan importante como las ganas de querer realizar ejercicio, porque si no hay el espacio donde realizarlo, no hay nada. La persona hipertensa que ya conoce los beneficios del ejercicio aeróbico y además de estar motivada para hacerlo, sabe graduar la actividad, hidratarse correctamente, controlar su presión arterial, seleccionar el calzado y el terreno más adecuado, etc. Sin embargo, puede que finalmente no lo lleve a cabo, porque vive al pie de una autopista peligrosa que ha de cruzar. En cambio, tener un parque cercano puede ayudar a decidirse o facilitar el hecho de ir a caminar a alguien que no está tan



motivado (44). De tal manera es importante intervenir ya sea directa o indirectamente con la comunidad a través de la petición de entornos más saludables y si en medida esto no sea posible, otra posibilidad sería la reutilización de espacios como por ejemplo abrir escuelas por la tarde para realizar este tipo de actividades.

### **2.5.2. Fisioterapia y Prevención de Enfermedades y/o Discapacidades.**

La alta prevalencia de enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT) como: afecciones cardiovasculares, alteraciones respiratorias, cáncer y diabetes son responsables del 75% de las muertes de la población mundial; 28 millones de estas se producen en los países de ingresos bajos y en personas menores de 70 años; sin mencionar el índice de discapacidad que generan estas patologías afectando la calidad de vida (15). Por lo tanto, las acciones de la puerta de entrada al sistema de salud deben ser manejadas por un equipo multidisciplinario con experiencia que pueda responder las necesidades de la población de un primer nivel de atención, a fin de mejorar la equidad, el acceso y la cobertura de la prestación de servicios de forma integral, evitando de esta forma la incidencia y prevalencia de enfermedades, que además, en algunos casos, si no son atendidas de manera oportuna podrían dejar desde secuelas de diferente tipo hasta discapacidades (15).

En Chile mediante un programa de atención en prevención y promoción musculoesquelética, con participación y educación comunitaria, se mejora la calidad de vida de los pacientes tratados, lo que genera beneficios económicos en salud, disminución de barreras de accesibilidad, y oportunidad de atención en la comunidad.

En España, con la publicación de la Circular 4/91 donde la fisioterapia está establecida legalmente en los equipos multidisciplinarios de APS por lo que pertenecen a unidades de fisioterapia presentes en los centros de salud donde los fisioterapeutas actúan con completa autonomía para establecer sus objetivos de

tratamiento y las técnicas fisioterápicas a aplicar para alcanzarlos (42,45), presentando resultados positivos en cuanto al manejo de la higiene postural y la educación en patologías de columna vertebral (15).

Otro ejemplo, de las actividades preventivas se realizó en el Instituto de Gerontología. Universidad Peruana Cayetano Heredia. Lima, Perú, dirigida al adulto mayor. En este estudio se concluye que, la prevención debe darse de manera integral y no solo estar dirigida al riesgo de enfermar. Debe tomarse en cuenta la alteración de la función que produce la enfermedad, y otras condiciones que puedan deteriorar la salud del adulto mayor, como la fragilidad, el riesgo de caídas, aspectos que, al ser alteraciones del movimiento corporal, actuaría de manera directa la Fisioterapia (46).

### **2.5.3. Fisioterapia y Visita Domiciliaria**

Según el MAIS-FCI 2018 “es el encuentro o acercamiento del equipo de salud al domicilio del usuario, familia y/o comunidad; suele responder a una necesidad identificada por un miembro del equipo de salud, que tras la valoración del usuario, decide un plan de intervención a seguir en el domicilio y la periodicidad de los mismos, sobre aspectos de salud y detección de problemas que rodean a la familia: biológico, psicológico, social y ambiental dando opción al descubrimiento de factores de riesgo y a la corrección de los mismos (14).

Dentro de las actividades que realiza la fisioterapia en el marco de la atención primaria está la atención domiciliaria programada, es aquí donde la fisioterapia puede influir en el manejo, la recuperación y el tratamiento de personas con patologías crónicas y de la discapacidad; así se colaboraría a la disminución de la carga de enfermedad en la salud pública (15). La reducción de barreras y el alcance de una salud integral es fundamental para alcanzar un bienestar pleno



que comprenda todos los enfoques de salud y así garantizar una mejor la calidad de vida.

En Ecuador con el nuevo modelo de atención integral de salud se pretende abordar la salud enfocada en la prevención y promoción, atención domiciliaria centrándose en el individuo, la familia y la colectividad sin embargo el fisioterapeuta que dentro de sus funciones desempeña la prevención de la enfermedad y la promoción de la salud (35) no forma parte dentro de la cartera de servicios del primer nivel de atención, así pues su función es de vital importancia para un sistema de salud basado en la APS.



## CAPÍTULO III

### 3. OBJETIVOS DE INVESTIGACIÓN

#### 3.1. Objetivo General:

Determinar la percepción, conocimientos y actitud del personal sanitario sobre la intervención de la Fisioterapia en los centros de salud de los distritos 01D01 Y 01D02 del cantón Cuenca 2020.

#### 3.2. Objetivos Específicos

1. Identificar al personal sanitario de centros de salud mediante una muestra por conglomerado de los distritos 01D01 y 01D02.
2. Evaluar a través de una encuesta las percepciones, conocimientos y actitudes del personal sanitario seleccionado sobre la intervención de la Fisioterapia en los primeros niveles de atención.
3. Analizar los resultados obtenidos de la encuesta aplicada al personal sanitario.

## CAPITULO IV

### 4. METODOLOGÍA

#### 4.1. TIPO DE ESTUDIO

Se trata de un estudio cuantitativo, de tipo descriptivo, observacional, transversal, prospectivo.

#### 4.2. ÁREA DE ESTUDIO

La investigación se llevó a cabo en el personal de salud de 20 centros de salud de los distritos 01D01 y 01D02 de la ciudad de Cuenca.

#### 4.3. UNIVERSO Y MUESTRA

El universo está conformado por los profesionales sanitarios que laboran en los centros de salud del cantón Cuenca. El tipo de muestreo fue por conglomerado de los centros de salud que pertenezcan a los distritos 01D01 y 01D02 del cantón Cuenca: de un total de 38 centros de salud con 19 establecimientos por cada distrito; 26 centros de salud de tipo A y 12 de tipo B. Se procedió seleccionar por conglomerado a 20 centros de salud.

Se seleccionaron los profesionales sanitarios provenientes de los 20 centros de salud, 10 de cada distrito, 6 centros de salud por los tipos A y 4 por los del tipo B, instituciones que fueron seleccionadas de forma aleatoria. La muestra final del estudio fue de 128 profesionales sanitarios pertenecientes a las 20 instituciones seccionadas para determinar la percepción, conocimientos y actitudes sobre la intervención de la Fisioterapia en el primer nivel de atención.



#### 4.4. CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- Profesionales sanitarios que laboren en el centro de salud, durante el período que se lleve a cabo la investigación.
- Aceptar ser parte del estudio mediante la firma del consentimiento informado.

#### 4.5. CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- Se excluye del estudio a estudiantes, practicantes y auxiliares.

#### 4.6. VARIABLES

En este estudio se describen las respuestas obtenidas tomando en cuenta las siguientes variables:

- Datos Sociodemográficos.
  - Número de distrito.
  - Tipo de centro de salud
  - Sexo
  - Edad
  - Profesión
- Frecuencia de las respuestas obtenidas.

##### 4.6.1. MATRIZ DE OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

La matriz se detalla en el anexo N°1. (Ver anexo N°1).

## 5. MÉTODOS, TÉCNICAS E INSTRUMENTOS

### 5.1. MÉTODO

Debido a la carencia de instrumentos validados e información de la intervención de fisioterapia en APS en los centros de salud. La presente investigación se desarrolló mediante la aplicación de un cuestionario (Ver anexo N°2) creado por los autores, el cual fue sometido a una valoración por juicio de expertos y una prueba piloto para resolver eventuales dudas y confusiones.

### 5.2. TÉCNICAS

Por medio de la aplicación del cuestionario creado para el efecto se recolectó la información, que luego fue analizada en el software SPSS Versión 25 y la edición de tablas y gráficos en Excel 2010.

### 5.3. INSTRUMENTOS

- Permisos para realizar la investigación.
- Consentimiento informado. (Ver anexo N°3)
- Cuestionario “PERCEPCIÓN, CONOCIMIENTOS Y ACTITUDES DEL PERSONAL SANITARIO SOBRE INTERVENCIÓN DE FISIOTERAPIA EN CENTROS DE SALUD.” (Ver anexo N°2)
- Esferográficos.

## 6. PROCEDIMIENTO

1. **Autorización.** Al conseguir la aprobación para realizar la presente investigación por parte de la Universidad de Cuenca, se obtuvo también el permiso correspondiente por parte de las direcciones distritales 01D01 y 01D02 (Ver anexo N°4 y N°5).
2. **Valoración por juicio de expertos.** Se realizó una valoración por juicio de expertos al cuestionario para verificar la fiabilidad de la





investigación; intervinieron 3 docentes de la carrera de Terapia Física de la Universidad de Cuenca, quienes son conocedoras del tema.

Cada pregunta fue calificada mediante 4 categorías establecidas por Escobar y Cuervo (47) en 2008, las cuales son: suficiencia, claridad, coherencia y relevancia, con una puntuación en escala tipo Likert, de 1 a 4 puntos, teniendo como “1” la puntuación más baja y “4” la más alta.

Para medir el cuestionario por los expertos se utilizó el Coeficiente de validez de contenido (CVC) propuesto por Hernández-Nieto (2002) (48-49), en donde, las respuestas en promedio tuvieron un valor de 0,94039352 lo que, según la interpretación del coeficiente, indica una “validez y concordancia excelentes” entre los expertos. Con esta valoración se pudo mejorar el contenido del cuestionario según las observaciones dadas, las cuales se referían a mejorar la sintaxis y el orden de cada pregunta.

3. **Prueba piloto.** Antes de proceder a la recolección de datos, se realizó también una prueba piloto en el Centro de Salud “Barrial Blanco”, un establecimiento de salud del primer nivel de atención, tipo A, perteneciente al distrito 01D01.

Participaron 6 personas que cumplieron con los criterios de inclusión. Las únicas preguntas que generaron confusión fueron la pregunta número 2, en donde se pide dar un porcentaje de pacientes que han requerido el servicio de Fisioterapia en la institución que labora (en el caso de existir el servicio de Fisioterapia dentro de esa institución) y la pregunta número 3 que pide un porcentaje de pacientes que han sido derivados al área correspondiente a otra institución; el personal sanitario no exponía un número sino en palabras expresaba “mucho”, “poco”, etc. Por ese motivo se añadió cuadros con el signo de porcentaje (%), lo que indica ubicar un número y de esta forma evitar la confusión antes descrita.

Para que exista mayor apertura con cada encuestado, se indicó el permiso distrital a la Directora del centro de salud. No existieron personas que se negaran a participar. Cada participante se demoró alrededor de 5 minutos en responder todo el cuestionario. Se notó además que aproximadamente en el horario de 10 am a 12 am existía mayor apertura por parte del personal para llenar el cuestionario, debido a la menor afluencia de pacientes.

4. **Recolección de datos.** Realizada la valoración por juicio de expertos y la prueba piloto, se procedió a recolectar los datos en los centros de salud. Teniendo entonces 20 centros de salud para encuestar a su personal sanitario, 10 por cada distrito (01D01 y 01D02), 6 de tipología A y 4 de tipo B. Al llegar a cada centro de salud, nos dirigimos hacia el director/a para presentar el permiso correspondiente según el distrito al que pertenece, posteriormente se acudió a cada profesional de salud que cumplía con los criterios de inclusión para la recolección de datos.
5. **Procesamiento de datos.** Recolectada la información, se realizó una base de datos mediante códigos numéricos para respetar la confidencialidad de los participantes del estudio.

## 7. TABULACIÓN Y ANÁLISIS.

Se realizó una base de datos en el programa estadístico SPSS 25, registrando en primer lugar los datos sociodemográficos del personal sanitario encuestado, además de las respuestas a cada pregunta del cuestionario.

Para la edición de tablas y gráficos se utilizó el programador Excel 2010 y Word, los resultados de las variables cualitativas se presentan mediante medidas de frecuencia absoluta y porcentual, en cuanto a las variables cuantitativas se presentan en medidas de tendencia central y de dispersión; se empleó estadística descriptiva.



## 8. ASPECTOS ÉTICOS

La presente investigación proporcionó mediante la firma del consentimiento informado el respeto absoluto a la confidencialidad de todos los participantes del estudio. Dicho consentimiento presentaba información concreta sobre el estudio, sus objetivos, riesgos y beneficios; expresa que la participación es netamente voluntaria, y si se cree conveniente, existe la opción de retirarse del estudio en cualquier momento.

La resolución del cuestionario se dio de manera privada e individual. El manejo de datos se realizó mediante códigos numéricos, lo que asegura el respeto de la integridad física e intelectual de los y las participantes.

El personal de salud que accedió a ser parte del estudio no tuvo riesgo de ninguna índole, la información recolectada es de gran ayuda para impulsar investigaciones sobre este tema, ya que no se cuenta con estudios similares en nuestro país. El tema que se desarrolló es de suma importancia para promover una atención verdaderamente integral, verificando así la puesta en acción del MAIS y ser parte también de sus beneficios.

## CAPÍTULO V

## 9. RESULTADOS Y TABLAS

## ➤ DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS:

**Tabla N°1. Distribución de 128 profesionales sanitarios, según distrito, sexo, y profesión. Cuenca, septiembre 2020 – marzo 2021.**

		n=128	Porcentaje
<b>Distrito</b>	01D01	57	44,5
	01D02	71	55,5
<b>Sexo</b>	Femenino	109	85,2
	Masculino	19	14,8
<b>Profesión</b>	Médico/a	60	46,9
	Odontólogo/a	27	21,1
	Enfermero/a	31	24,2
	Psicólogo/a	6	4,7
	Laboratorista	4	3,1

Fuente: base de datos.

Elaborado por: los autores.

**Análisis:** según la Tabla N°1, de un total de 128 profesionales sanitarios, por una mínima diferencia, existe mayor cantidad del personal n=71 (55,5%) que pertenece al distrito 01D02. En cuanto al sexo, n=109 (85,2%) corresponde al femenino, indicando de manera contundente que en los centros de salud del cantón Cuenca laboran más mujeres que hombres. La profesión que mayor cantidad de participantes tuvo fue la de médico n=60 (46,9%) y la de menor cantidad fue la de laboratorista n=4 (3,1%) contemplando así al médico como principal recurso.

**Tabla N°2. Distribución de 128 profesionales sanitarios, según el tipo de centro de salud y distrito. Cuenca, septiembre 2020 – marzo 2021.**

	Distrito 01D01		Distrito 01D02		Total	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Tipo A	32	56,1	31	43,7	63	49,2
Tipo B	25	43,9	40	56,3	65	50,8
Total	57	100,0	71	100,0	128	100,0

Fuente: base de datos.

Elaborado por: los autores.

**Análisis:** la Tabla N°2, señala un mayor número de participantes del distrito 01D02 (n=71) a comparación con el distrito 01D01 (n=57).

Los centros de salud tipo A son establecimientos con menor capacidad de personal, es por esto que, a pesar de existir mayor cantidad de centros de salud de este tipo, existe una mínima diferencia entre el total de participantes según la tipología de los centros de salud; tipo A (n=63), tipo B (n=65).

**Tabla N°3. Distribución de 97 profesionales sanitarios, según edad. Cuenca, septiembre 2020 – marzo 2021.**

EDAD	Frecuencia	Porcentaje
De 21 a 30 años	28	28,9
De 31 a 40 años	36	37,1
De 41 a 50 años	16	16,5
De 51 a 60 años	17	17,5
Total	*97	100,0

Fuente: base de datos.

Elaborado por: los autores.

**Análisis:** según la Tabla N°3, las edades con mayor frecuencia en los centros de salud corresponden a adultos jóvenes con rango de 21 a 30 años (n=28) y de 31 a 40 años (n=36), que juntos suman el 66%. El personal de salud encuestado presenta edades desde 23 años (mínimo), hasta los 60 años (máximo), una media de 38,04 y una desviación estándar de 10,7 años.

\* El número de participantes en el dato edad corresponde a 97, debido a que 31 personas prefirieron no indicar su edad.

➤ RESPUESTAS DEL CUESTIONARIO

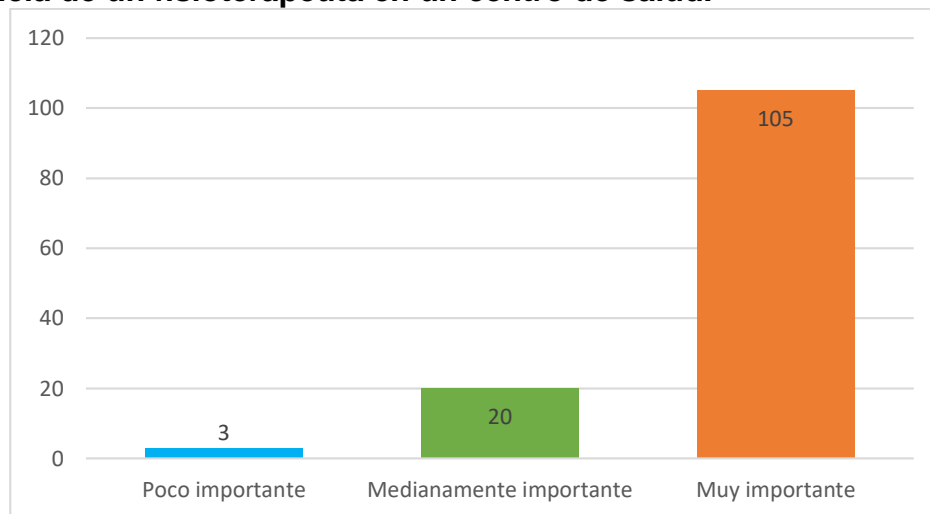
PERCEPCIÓN.

**PREGUNTA N°1:**

¿Qué tan importante es la presencia de un fisioterapeuta en su centro de salud?

- b. Nada importante
- c. Poco importante
- d. Medianamente importante
- e. Muy importante.

**Gráfico N°1. Respuestas de 128 encuestados, sobre la importancia de la presencia de un fisioterapeuta en un centro de salud.**



Fuente: base de datos.

Elaborado por: los autores.

**Análisis:** el gráfico N°1 muestra que, la mayoría del personal sanitario, 82% (n=105) otorgó el nivel “muy importante”. Frente a un 2.3% (n=3) que le encontraba como “poco importante”. Lo que claramente manifiesta la importancia de la presencia de un Fisioterapeuta dentro de un centro de salud.

**PREGUNTA N° 2.**

¿Cuál es su percepción sobre el porcentaje de pacientes que han requerido el servicio de Fisioterapia en esta institución?

**Tabla N°4. Respuesta de 128 profesionales sanitarios, sobre el porcentaje de pacientes que han requerido el servicio de Fisioterapia dentro de la propia institución.**

	Frecuencia	Porcentaje
Del 0 al 25%	43	33,6
Del 26 al 50%	42	32,8
Del 51 al 75%	28	21,9
Del 76 al 100%	15	11,7
Total	128	100,0

Fuente: base de datos.

Elaborado por: los autores.

**Análisis:** la tabla N°4 muestra que, los rangos con mayor frecuencia van de 0 a 50%, es decir del 0 al 25% (n=43) y del 26 al 50% (n=42). La escasa presencia de Fisioterapia en los centros de salud, hace mayor el desconocimiento sobre sus servicios, lo que disminuye la posibilidad de un requerimiento del servicio, acudiendo a medicación o derivación del paciente al siguiente nivel de atención.

**PREGUNTA N°3.**

¿Cuántos pacientes (en porcentaje) han sido derivados al área de Fisioterapia en otra institución?

**Tabla N°5. Respuesta de 128 profesionales sanitarios, sobre el porcentaje de pacientes que han sido derivados al servicio de Fisioterapia en otra institución.**

	Frecuencia	Porcentaje
Del 0 al 25%	72	56,3
Del 26 al 50%	25	19,5
Del 51 al 75%	19	14,8
Del 76 al 100%	12	9,4
Total	128	100,0

Fuente: base de datos.

Elaborado por: los autores.

**Análisis:** la tabla N°5 muestra la cantidad de pacientes que han sido derivados a fisioterapia en otra institución. El rango del 0 al 25% tuvo más frecuencia (n=72) con el 56,3% y el de menor del 76 al 100% n=12 con 9,4%. Los profesionales sanitarios tienen presente que según el sistema de salud los pacientes primero deben ser remitidos hacia un especialista médico y no directamente al Fisioterapeuta.

## CONOCIMIENTOS

### PREGUNTA N°1:

Autoevalúe su conocimiento sobre el Modelo de Atención Integral de Salud Familiar, Comunitario e Intercultural (MAIS-FCI).

- a. Malo
- b. Regular
- c. Bueno
- d. Muy bueno
- e. Excelente

**Tabla N°6. Respuestas de 128 profesionales sanitarios, según nivel de conocimiento del Modelo de Atención Integral de Salud Familiar, Comunitario e Intercultural (MAIS-FCI).**

	Frecuencia	Porcentaje
Malo	2	1,6
Regular	9	7,0
Bueno	55	43,0
Muy bueno	52	40,6
Excelente	10	7,8
Total	128	100,0

Fuente: base de datos.

Elaborado por: los autores.

**Análisis:** La tabla N°6 muestra que los participantes con mayor frecuencia fueron el 43,0% (n=55) y 40,6% (n=52) quienes lo consideraron “bueno” y “muy bueno” respectivamente, frente al 1,6% (n=2) que consideraron malo.



## PREGUNTA N°2:

¿Qué implica el MAIS – FCI? Resúmalo en una frase.

**Tabla N°7. Respuestas de 128 profesionales sanitarios, sobre lo que implica el Modelo de Atención Integral de Salud Familiar, Comunitario e Intercultural (MAIS-FCI).**

	Frecuencia	Porcentaje
Modelo de Atención Integral de Salud	90	70,3
Estrategias de organización y gestión de salud	15	11,7
Enfoque familiar y comunitario	9	7,0
Atención de calidad	7	5,5
Otras respuestas	7	5,5
Total	128	100,0

Fuente: base de datos.

Elaborado por: los autores.

**Análisis:** la tabla N°7 indica que la mayor frecuencia acerca de lo que implica el MAIS-FCI fue el significado de las siglas “Modelo de Atención Integral de Salud Familiar, Comunitario e Intercultural” n=90 con el 70,3% y los de menor frecuencia con el 5,5% fueron “Atención de calidad” y “Otras respuestas”. Esto indica que los sanitarios tienen muy claro que el modelo contempla atención integral que responda a todas las necesidades del paciente.

### PREGUNTA N°3:

¿En qué medida se aplica el MAIS-FCI en la institución que labora?

- a. Se aplica totalmente
- b. En su mayoría se aplica
- c. En su mayoría no se aplica
- d. No se aplica
- e. Desconozco

**Tabla N°8. Respuestas de 128 profesionales sanitarios, en relación a la medida en la que se aplica el MAIS-FCI dentro del centro de salud que labora.**

	Frecuencia	Porcentaje
Se aplica totalmente	30	23,4
En su mayoría se aplica	79	61,7
En su mayoría no se aplica	13	10,2
No se aplica	2	1,6
Desconozco	4	3,1
Total	128	100,0

Fuente: base de datos.

Elaborado por: los autores.

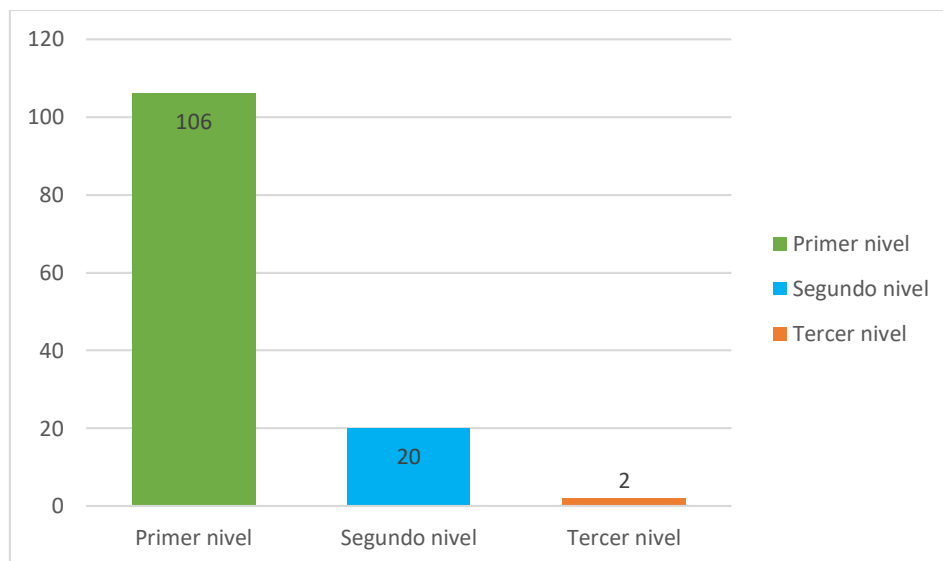
**Análisis:** en la tabla N°8 se puede observar que, la mayoría, 61,7% (n=79) del personal consideraba que “En su mayoría se aplicaba” el MAIS-FCI en su institución. En cambio, n=2 (1,6%) indicaba que no se aplica y el 3,1% desconocía. Con lo cual se puede decir que hay diferentes visiones sobre la medida en que se aplica el MAIS-FCI por lo que sería necesario seguir fortaleciendo las estrategias del modelo basado en APS mediante su revisión.

#### PREGUNTA N°4:

Señale desde que nivel de atención debe incluirse el servicio de Fisioterapia.

- a. Primer nivel
- b. Segundo nivel
- c. Tercer nivel

**Gráfico N°2. Respuestas de 128 encuestados, en relación el nivel de atención desde el cual se debe incluir el servicio de Fisioterapia.**



Fuente: base de datos.

Elaborado por: los autores.

**Análisis:** en el gráfico N°2 se puede observar que la mayoría del personal sanitario  $n=106$  (82.8%) considera que los servicios de fisioterapia deben incluirse desde el primer nivel de atención. El primer contacto con la población es el primer nivel de atención con lo cual se resuelven con actividades de promoción de salud, prevención de la enfermedad y por procedimientos de recuperación y rehabilitación; actividades que el fisioterapeuta está facultado a realizar.

**PREGUNTA N°5:**

Autoevalúe, ¿Cuánto conoce sobre los servicios que ofrece la Fisioterapia?

- a. Nada
- b. Poco
- c. Regular
- d. Mucho

**Tabla N°9. Respuestas de 128 profesionales sanitarios, según el nivel de conocimiento de los servicios que ofrece la Fisioterapia.**

	Frecuencia	Porcentaje
Nada	1	0,8
Poco	43	33,6
Regular	69	53,9
Mucho	15	11,7
Total	128	100,0

Fuente: base de datos.

Elaborado por: los autores.

**Análisis:** en la tabla N°9 se puede observar que, el personal sanitario con el 53,9% (n=69) afirmó que su conocimiento sobre los servicios de la fisioterapia era “Regular”, aseverando la falta de conocimiento sobre lo que hace la fisioterapia.

**PREGUNTA N°6:**

Señale la o las competencias que usted considera que el fisioterapeuta puede realizar.

- a. Rehabilitación
- b. Promoción de salud
- c. Prevención de enfermedades
- d. Consulta externa

**Tabla N°10. Respuestas de 128 profesionales sanitarios, según la o las competencias que consideran que el fisioterapeuta puede realizar.**

Competencias que puede realizar un fisioterapeuta	Frecuencia	Porcentaje
○ Rehabilitación, Promoción de Salud, Prevención de Enfermedades y Consulta externa	44	34,4
○ Rehabilitación	35	27,3
○ Rehabilitación y Promoción de Salud	15	11,7
○ Rehabilitación, Promoción de Salud y Prevención de enfermedades	12	9,4
○ Rehabilitación, Promoción de Salud y Consulta externa	6	4,7
○ Prevención de enfermedades	5	3,9
○ Promoción de Salud y Prevención de enfermedades	3	2,3
○ Promoción de Salud	3	2,3
○ Rehabilitación y Prevención de enfermedades	2	1,6
○ Rehabilitación y Consulta externa	2	1,6
○ Rehabilitación, Consulta externa y Prevención de enfermedades	1	0,8
○ Consulta externa	0	0,0
Total	128	100

Fuente: base de datos.

Elaborado por: los autores.

**Análisis:** según la tabla N°10 el 34,4% (n=44) de los participantes consideran que el fisioterapeuta puede realizar las 4 competencias (Rehabilitación, Promoción de Salud, Prevención de Enfermedades y Consulta externa). El 27,3% (n=35) indica que el fisioterapeuta solo realiza rehabilitación y el 0,0% que no realiza consulta externa como única actividad. Aun cuando la mayoría de los entrevistados manifiesta que el fisioterapeuta es capaz de realizar las cuatro competencias, un importante número lo cataloga solo como rehabilitador físico. A pesar de que la consulta externa la incluyeron dentro de las cuatro competencias ningún participante señaló que el fisioterapeuta pueda realizar consulta externa como única actividad ya que se entiende que el médico es el único que puede dar un diagnóstico sin embargo se desconoce que el Fisioterapeuta da un diagnóstico funcional y que también realiza consulta externa además de las otras tres actividades.

**Tabla N°11. Distribución de las 320 respuestas que el personal sanitario dio sobre la o las competencias que consideran que el fisioterapeuta puede realizar, según la frecuencia de cada opción.**

	Frecuencia	Porcentaje
Rehabilitación	117	36,6
Promoción de Salud	83	25,9
Prevención de enfermedades	67	20,9
Consulta externa	53	16,6
Total	320	100,0

Fuente: base de datos.

Elaborado por: los autores.

**Análisis:** La Tabla N°11 muestra que, de un total de 320 respuestas dadas por los participantes, “rehabilitación” ha sido la respuesta con mayor frecuencia con el 36,6% (n=117) y la de menor fue “consulta externa” con 16,6% (n=53), confirmando la falta de conocimiento acerca de lo que realiza el Fisioterapeuta y que no es únicamente rehabilitador físico.

## ACTITUDES

**Tabla N°12. Distribución de las respuestas de 128 profesionales sanitarios, sobre las preguntas 1, 2, 3, 4 y 5, del cuestionario en la sección de Actitudes.**

PREGUNTAS.	Respuestas	Frecuencia	Porcentaje
Pregunta 1: ¿Cree usted necesario incluir como requerimiento la Fisioterapia dentro de la cartera de servicios del primer nivel de atención?	SI	124	96,9
	NO	4	3,1
Pregunta 2: ¿Cree usted que la presencia de Fisioterapia dentro de esta institución de primer nivel disminuya el congestionamiento en el segundo y tercer nivel de atención?	SI	123	96,1
	NO	5	3,9
Pregunta 3: ¿Cree usted que el fisioterapeuta está en la capacidad de realizar promoción de salud?	SI	127	99,2
	NO	1	0,8
Pregunta 4: ¿Crees usted que el fisioterapeuta está en la capacidad de realizar prevención de enfermedades y/o discapacidades?	SI	120	93,8
	NO	8	6,2
Pregunta 5: ¿Considera usted necesario la presencia de un profesional en Fisioterapia en una visita domiciliaria?	SI	122	95,3
	NO	6	4,7

Fuente: base de datos.

Elaborado por: los autores.

**Análisis:** En la tabla N°12 demuestra que más el 96,9% de personas intervenidas en este estudio consideran positivas incluir como requerimiento a la fisioterapia dentro del primer nivel de atención. Un 96,1% asevera que la presencia de fisioterapia en este nivel disminuiría el congestionamiento en los siguientes niveles. Contundentemente el 99,2% reconoce la capacidad del Fisioterapeuta para realizar promoción de salud y el 93,8% para realizar prevención de enfermedades y/o discapacidades. Finalmente, un 95,3% denota que es necesaria la presencia del fisioterapeuta en una visita domiciliaria.

Señalando entonces, que el Fisioterapeuta es una figura necesaria en el primer nivel de atención y que su perfil cumple con las actividades que exige tal nivel.

**PREGUNTA N°6:**

En el caso de contar con un fisioterapeuta en su lugar de trabajo, califique su desempeño dentro del enfoque de salud integral.

- a. Desconozco la presencia de un fisioterapeuta en este centro de salud
- b. No contamos con un fisioterapeuta
- c. Malo
- d. Regular
- e. Bueno
- f. Muy bueno
- g. Excelente

**Tabla N°13. Distribución de las respuestas de 128 profesionales sanitarios, según la presencia, ausencia o desconocimiento de Fisioterapia en el centro de salud que laboran.**

	Frecuencia	Porcentaje
Cuentan con Fisioterapia	36	28,1
No cuentan con Fisioterapia	82	64,1
Desconocen	10	7,8
Total	128	100,0

Fuente: base de datos.

Elaborado por: los autores.

**Análisis:** la tabla N°13 muestra que, la mayoría  $n=82$  (64%) del personal sanitario expresa no contar con un Fisioterapeuta en el centro de salud donde laboran. Una minoría  $n=10$  (8%) desconocen la presencia de este profesional. Esto se debe a que el primer nivel de atención, centros de salud tipo A y B no contempla a la fisioterapia dentro de la cartera de servicios del Ministerio de Salud Pública. El 28% que indica la presencia del profesional y es gracias a los convenios entre la Universidad de Cuenca y algunos centros de salud del cantón Cuenca donde el servicio es brindado por estudiantes de la carrera.



**Tabla N°14. Distribución de las respuestas de los 36 profesionales sanitarios que cuentan con Fisioterapia en su centro de salud, según el desempeño dentro del enfoque de salud integral.**

Desempeño	Frecuencia	Porcentaje
Malo	0	0,0
Regular	1	2,8
Bueno	17	47,2
Muy bueno	15	41,7
Excelente	3	8,3
Total	36	100,0

Fuente: base de datos.

Elaborado por: los autores.

**Análisis:** en la tabla N°14, según los encuestados el desempeño del fisioterapeuta es “bueno” y “muy bueno” con 47,2% y 41,7% respectivamente. Destacando la importante labor que hace la Universidad de Cuenca al formar este tipo de profesionales.

## CAPITULO VI

### 10. DISCUSIÓN

La Fisioterapia, es una profesión que nació en un ámbito rehabilitador, pero que con el tiempo ha evolucionado, posesionándose desde los primeros niveles de atención; apostando a una atención integral, temprana y oportuna pretende disminuir y/o evitar secuelas o consecuencias que producen ciertas patologías o estilos de vida no saludables. Es escaso el conocimiento sobre las competencias que ofrece esta profesión a la comunidad desde un enfoque preventivo, el cual se desarrolla principalmente dentro del primer nivel de atención o también conocido en nuestro país como centro de salud. Estos escenarios han tomado mayor importancia en la Salud Pública desde la puesta de acción del MAIS; por su enfoque preventivo, integral, familiar y comunitario.

El estudio resalta la importancia que tiene la Fisioterapia dentro de un centro de salud, con el 82% de los profesionales sanitarios que participaron en la investigación y que consideraron como “muy importante” la presencia del profesional sanitario de fisioterapia, corroborado en el estudio de Ramos Valencia et al 2018 (15), donde indican que las patologías musculoesqueléticas son la causa de atención más frecuente dentro de un centro de salud. De manera similar, Gómez y Abril (50), manifiestan que la cervicalgia, junto a la lumbalgia, es el desorden musculoesquelético más frecuente en APS; siendo el fisioterapeuta el profesional encargado de este tipo de patologías, se considera importante la presencia de este profesional.

Rebelo Ferreira et al. (42) demuestran que el 95,4 % de los motivos de remisiones correspondían a enfermedades musculoesqueléticas no traumáticas; en este estudio los profesionales sanitarios exponen que la cantidad de pacientes que han requerido el servicio de fisioterapia dentro de su centro oscila según el personal



de salud en un porcentaje de entre el 0 y el 95% y la cantidad de pacientes que han sido derivados a fisioterapia a otra institución oscilaron entre 0 y el 99%, lo que nos demuestra un amplio criterio para la remisión del paciente a esta área.

El 83,6 % de los entrevistados consideran tener entre “bueno”, “muy bueno” conocimiento sobre el MAIS-FCI. Para verificar esta evaluación se formuló una pregunta abierta y se les pidió explicar en una frase lo que implica el MAIS-FCI; la mayoría encuestados (n=70) escribió el significado de las siglas, de las demás respuestas se resaltan los enfoques de integralidad. Tomando en cuenta esto, el 61,7% del personal sanitario considera que “en su mayoría se aplica” el MAIS-FCI en la institución donde labora y un 23,4% considera que “se aplica totalmente”, evidentemente la mayoría del personal considera que el moldeo acogido desde 2008 ha ido progresando hasta consolidarse como se lo conoce en la actualidad, sin embargo, existe todavía una brecha de la teoría que se lee en el manual, a la práctica que se vive en los servicios sanitarios. El manual expone un valor primordial hacia los primeros niveles de atención, destacando la importancia de la atención integral mediante un equipo multidisciplinario (14) que apoye a la promoción de la salud y prevención de enfermedades, pero que actualmente para la atención de las alteraciones del sistema musculoesquelético únicamente actúan los profesionales de medicina y enfermería, en la mayor parte de los centros de salud.

En esta investigación el 82,8% de los entrevistados afirma que los servicios de Fisioterapia deben incluirse desde el primer nivel de atención como se ve en España donde gracias a la resolución 4/91 los fisioterapeutas son parte de los equipos de APS. En Europa y otros países industrializados, la APS es principalmente identificada como el primer nivel de atención de los servicios de salud y se la conoce como Atención Primaria AP (32) (45).

Con respecto al conocimiento sobre los servicios de la Fisioterapia por parte del personal sanitario era “regular” con el 53,9%. Dentro de este estudio se observó que el 91,4% de los profesionales sanitarios considera que la competencia

principal del fisioterapeuta es la rehabilitación. El 33,6% señaló que los fisioterapeutas tenían una sola competencia, el 17,2% dos, el 14,8% tres competencias y el 34,4% restante cuatro, y es precisamente en este último dato que se debe insistir puesto que según la World Confederation for Physical Therapy (WCPT) (39) el Fisioterapeuta está calificado profesionalmente para: evaluar mediante juicio clínico, formular diagnóstico, pronóstico y plan de tratamiento además de proporcionar consultas y determinar si los pacientes deben ser referidos a otro profesional y para el alcance de todo la práctica, contempla el pilar organizativo del equipo multidisciplinario que debe cumplir con los objetivos que son la promoción de la salud y la prevención de enfermedades respondiendo a las necesidades del paciente (25). Cabe rescatar que, aunque la mayoría de los profesionales sanitarios (91,4%) hayan señalado dentro de sus respuestas que la rehabilitación era la competencia principal de un fisioterapeuta, el 27,3% señala que el Fisioterapeuta tiene como única competencia la de rehabilitación; al parecer poco a poco se está rompiendo con el paradigma de que el fisioterapeuta es únicamente rehabilitador físico.

Referente a las actitudes del personal sanitario frente a la inclusión de la Fisioterapia como requerimiento dentro de la cartera de servicios del primer nivel de atención además de que su presencia disminuiría el congestionamiento en los siguientes niveles a través de su trabajo basándose en la promoción de salud y la prevención de enfermedades, teniendo en cuenta que también es necesaria su figura en las visitas domiciliarias, más del 93% las consideraron positivas. El 96,9% de los participantes opinan que la Fisioterapia debe estar incluida como requerimiento dentro de la cartera de servicios del primer nivel de atención, paralelamente y puesta en práctica, el estudio transversal de siete años de investigación realizado por Martínez (51), demuestra la efectividad que tiene la implementación del servicio de Fisioterapia en la atención primaria, donde se demostró que no solo el paciente es atendido con mayor rapidez, sino también que los costes operativos son menores y generan mejores resultados; el estudio muestra una disminución de los tiempos de espera por parte de los pacientes, por otra parte se reduce la duplicidad de recursos, evitando que el paciente sea



atendido por un médico general y sea re-direccionado más adelante al fisioterapeuta, brindando mayor dinamismo a los procesos dentro de los sistemas de gestión hospitalarios aseverando el resultado positivo del estudio donde el 96,1% de los encuestados considera que la presencia del fisioterapeuta disminuiría el congestionamiento en los siguientes niveles. A su vez Martínez, indica que implementar los servicios de fisioterapia en el primer nivel de atención, no solo beneficia al paciente, sino también que reduce las cargas laborales tanto para médicos como para enfermeras, mejorando el número de personas atendidas (51).

La favorable acogida de los sanitarios en este estudio sobre la capacidad que el fisioterapeuta tiene para realizar promoción de salud (99,2%) y prevención de enfermedades y/o discapacidades (93,8%), lo demuestra también el estudio de Ramos Valencia et al (15), donde el equipo de profesionales de salud que laboran en dos instituciones de bajo nivel de complejidad con acciones de APS en barrios vulnerables y marginados de la ciudad de Popayán, Colombia expresaron que la principal función que debe atender el fisioterapeuta en APS es la promoción de la salud (100%) y que las acciones que el fisioterapeuta debería realizar en APS son atención clínica (75%), promoción (85%) y prevención (80%). En el mismo estudio, el 35% de los miembros del equipo de atención en salud consideraron que existen patologías de fisioterapia en el nivel bajo de complejidad que no necesitan revisión médica, y el 85% de los profesionales expresaron que la atención directa del fisioterapeuta en estas patologías ayudaría a descongestionar el servicio de medicina general por consulta externa.

En cuanto a la respuesta afirmativa por la mayoría del personal sobre la presencia del profesional de Fisioterapia en las visitas domiciliarias (95,3%), Remedios López L. et al (52) señalan que dentro de la rehabilitación domiciliar de 124 pacientes con proceso incapacitante que sufrieron enfermedad cerebrovascular de tipo isquémico derivados a las unidades móviles de rehabilitación-fisioterapia de la provincia de Almería, hubieron mejorías significativas en la funcionalidad para las actividades básicas de la vida diaria (ABVD), esto se midió con el índice



de Barthel; la media del índice de Barthel inicial fue de 31,04, y la media del índice final, de 57,62, donde se pasó de una dependencia grave a una dependencia moderada casi media hacia la independencia, por lo que se aprecia la evidente y necesaria presencia del fisioterapeuta en las visitas domiciliarias en el primer nivel de atención. Además, Montagut et al 2005 (53), indica que la atención domiciliaria es necesaria dentro del proceso de recuperación del paciente, por la alternativa eficaz, eficiente y de alta calidad frente a los tratamientos hospitalarios, además de que se suma al beneficio de realizarlo en la propia casa del paciente lo que genera tranquilidad para el paciente y una oportunidad para la intervención del personal sanitario en un escenario real, razón por la cual un tratamiento de fisioterapia domiciliaria ayudaría a los pacientes a mejorar su movilidad en un ambiente conocido, evitando así encamamientos o inmovilidades prolongadas, que llevarían a empeorar el cuadro de los pacientes con movilidad reducida.

Finalmente, el 64,1% del personal sanitario expresó no contar con un fisioterapeuta dentro del centro de salud, y un 7,8% que desconocía la existencia de esta figura profesional dentro de las instituciones. El 28.3% del personal sanitario afirmó contar con la presencia de esta figura e indicó en su mayoría estar satisfecho con su desempeño, calificándolo como “bueno” (47%), “muy bueno” (42%) y “excelente” (8%). Este porcentaje de personas que afirmaron tener el servicio de fisioterapia y por consiguiente contar con la presencia de al menos un fisioterapeuta ha sido gracias a los Convenios con el Ministerio de Salud Pública y la Facultad de Ciencias Médicas, en los que la Carrera de Terapia Física ha ido ganando espacios a través de la realización de las practicas preprofesionales, en donde se evidencia el quehacer profesional de los fisioterapeutas en la Promoción y Prevención de Salud y Rehabilitación dentro de todos los niveles y en todos los ciclos de vida



## 11. CONCLUSIONES

El estudio realizado describe una situación bastante firme acerca de lo que puede hacer la fisioterapia en un primer nivel de atención. Independientemente de cual sea el modelo y el sistema de salud, se debe lidiar entre la diferencia de lo que se plantea en las estrategias y herramientas y lo que verdaderamente se aplica. El estudio demuestra que los fisioterapeutas pueden y deben ser parte de la estrategia de APS que contempla el MAIS en los establecimientos de salud de primer nivel de atención, escenarios que están orientados al mantenimiento, seguimiento, a la promoción de la salud y a la prevención de la enfermedad, y no solamente ser exclusivos de la rehabilitación, propio de un tercer nivel de atención.

Los centros de salud son el primer contacto del individuo con el sistema de salud y han de resolver la mayoría de los problemas de salud de la población; es por ello que el fisioterapeuta es una parte importante a considerar en el equipo multidisciplinario de profesionales sanitarios de estas instituciones teniendo en cuenta que esta figura profesional tiene como función mejorar la calidad de vida de las personas y está en la capacidad de realizar programas de promoción de salud y prevención de enfermedades que disminuyan o eviten las alteraciones del movimiento corporal, que a largo plazo, cuando se atienden en los siguientes niveles existe un empeoramiento del cuadro, y dan como resultado síndromes dolorosos crónicos, grandes limitaciones y/o discapacidad.

Si se habla de limitación del movimiento, traslado o discapacidad física como criterios a considerar de las personas que requieren atención domiciliaria, es imprescindible la presencia del fisioterapeuta que ayude a retomar o adaptar actividades en el aspecto familiar, social y laboral, impulsando así su desarrollo motor y generando un mayor nivel de independencia; la fisioterapia domiciliaria además ayuda en la prevención de lesiones, dolencias o complicaciones asociadas a la enfermedad o discapacidad, aportando así al bienestar físico de la población que es beneficiaria de las visitas domiciliarias contempladas también dentro de las acciones de un primer nivel de atención.



El estudio plantea la posibilidad de que el Fisioterapeuta forme parte de la cartera de servicios que ofrece el Sistema de Salud ecuatoriano en el primer nivel de atención que corresponde a los centros de salud, desde la estrategia de APS reflejado en el MAIS-FCI para obtener numerosos beneficios, entre ellos, atención verdaderamente integral, disminución de demanda del servicio de rehabilitación en una institución de segundo o tercer nivel, mejorar la accesibilidad, ofrecer un mayor control de la salud de la población y también reducir barreras para las personas que no pueden dirigirse al establecimiento de salud por alguna discapacidad existente.





## 12. RECOMENDACIONES

- De acuerdo a los resultados obtenidos en el presente estudio se considera necesario que se continúe con la línea de investigación iniciada para poder profundizar la temática y así encontrar variables que expliquen la postura tomada por el personal de salud entrevistado con respecto a la intervención de la Fisioterapia en el primer nivel de atención y resultará muy importante y beneficioso para la población y el sistema de salud.
- Se recomienda realizar un estudio similar a las autoridades pertinentes del Ministerio de Salud Pública, ya que siendo ellos los encargados de los recursos humanos que se brinda a los distintos servicios de salud, podríamos conocer su posición frente a la intervención de la Fisioterapia dentro de un primer nivel.
- Finalmente, cuando en un futuro se logre disponer de profesionales de Fisioterapia dentro de la cartera de servicios sanitarios del Ministerio de Salud en el primer nivel de atención, se sugiere investigar la incidencia de la importancia y los beneficios que brinda la Fisioterapia en el primer nivel de atención desde la prevención y promoción.



### 13. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Serrano MM, Malo-Corral N. Reforma de salud en Ecuador: nunca más el derecho a la salud como un privilegio. Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Publica. 2014 Octubre / Diciembre; 31(04).
2. P. EA. Enciclopedia Del Ecuador. Ministerio De Salud Pública.. [Online]. [cited 2019 diciembre 18. Available from: <http://www.encyclopedialecuador.com/historia-del-ecuador/ministerio-salud-publica/>.
3. Jiménez-Barbosa WG, Granda-Kuffo ML, Ávila-Guzmán DM, Cruz-Díaz LJ, Flórez-Parra JC, Mejía LS, et al. Transformaciones del Sistema de Salud Ecuatoriano. Universidad y Salud. 2017 Marzo; 19(1).
4. Ferregut DJAN, Cruz DAD, Cruz LRR, Pérez. LYS. Consideraciones sobre el Modelo de Atención Integral de Salud del Ecuador. Revista Cubana de Medicina General Integral. 2014 Julio - Septiembre. ; 30(3).
5. Osorio IG, Álvarez. CV. La Atención Primaria de Salud: desafíos para su implementación en América Latina. Atención Primaria. 2013 Marzo; 45(7).
6. La atención primaria de salud, más necesaria que nunca. Informe sobre la salud del mundo 2008. Suiza: Organización Mundial de la Salud. ; 2008.
7. Sandoya DE. El médico del primer nivel de atención y sus competencias. Tendencias en Medicina. 2010 Noviembre.
8. Giraldo. ÁF. El rol de los profesionales de la salud en la atención primaria en salud (APS).. Revista Facultad Nacional de Salud Pública. 2015; 33(3).
9. Ortega MÁF, Prato JBR, Coria AEI, Lara SB, Barrell AE, Téllez. VMJ. Los Sistemas de Referencia y Contrarreferencia de pacientes en América Latina: Mecanismos de Coordinación Asistencial y el rol de la Medicina Familiar y Comunitaria. Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade. 2016 Octubre - Diciembre; 11.
- 10 Sánchez JH, García LJL, Varela. YAM. Experiencias de educación para la salud en fisioterapia. Universidad y Salud. 2016; 18(3).
- 11 Instituto Nacional de Estadística y Censos. Estadísticas de nacimientos y defunciones.. [Online].; 2018 [cited 2020 Febrero 17. Available from: [https://www.ecuadorencifras.gob.ec/nacimientos\\_y\\_defunciones/](https://www.ecuadorencifras.gob.ec/nacimientos_y_defunciones/).
- 12 Parra NSL, Valencia KC, Villamil. ÁC. Proceso de envejecimiento, ejercicio y fisioterapia.. Revista Cubana de Salud Pública. 2012; 38(4).
- 13 Pinilla ROS. Prescripción de ejercicio en enfermedades y lesiones crónicas. Formación Médica Continuada en Atención Primaria. 2013 Enero; 20(1).



- 14 Ministerio de Salud Pública del Ecuador, Viceministerio de Gobernanza y Vigilancia de la Salud. Manual de Modelo de Atención Integral de Salud - MAIS. Tercera ed. Ecuador; 2018.
- 15 Valenciaa OAR, Ruanoa LXB, Bermúdeza JAS, Bolañosa LFZ, H.J.Mosquera.. Fisioterapia y Atención Primaria en Salud en servicios de baja complejidad de salud en Colombia. Fisioterapia. 2019 Enero - Febrero; 41(1).
- 16 Salud DdIdl. Prioridades de investigación en salud 2013 - 2017. Ministerio de Salud Pública , Coordinación General de Desarrollo Estratégico en Salud.
- 17 LÓPEZ V, FRÍAS OA. Concepto de salud pública. In Salud pública y educación para la salud.; 2002. p. 3 - 13.
- 18 Constitución de la Organización Mundial de la Salud. 1946. Documentos básicos, Supl. de la 45º edición, Octubre de 2006. Organización Mundial de la Salud.
- 19 Santoro V. La salud pública en el continuo salud-enfermedad: un análisis desde la mirada profesional.. Salud Pública. 2016 Enero.
- 20 Española RA. Diccionario panhispánico del español Jurídico. [Online]. [cited 2020 Diciembre 13]. Available from: <https://dpej.rae.es/lema/poblaci%C3%B3n>.
- 21 Pozo JSd. Salud pública, atención primaria y salud comunitaria: tres ramas del mismo árbol.. Gaceta Sanitaria. 2020 Septiembre .
- 22 Pérez O, Castañeda N, Pérez Z, Labrada. H. La Salud Pública en América Latina y El Caribe. Humanidades Médicas. 2002 Mayo - Agosto; 2(2).
- 23 Lucio R VNHR. Sistema de salud de Ecuador.. Salud Pública de México. 2011; 53(2).
- 24 DeAlma-Ata OPdISD. Paho.org. [Online]. [cited 2019 octubre 20. Available from: [https://www.paho.org/hq/index.php?option=com\\_topics&view=rdmore&cid=7069&item=atencion-primaria-salud&cat=mandates&type=documentos-posicion-7069&Itemid=40976&lang=es](https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_topics&view=rdmore&cid=7069&item=atencion-primaria-salud&cat=mandates&type=documentos-posicion-7069&Itemid=40976&lang=es).
- 25 Zurro AM, Pérez JFC, Badia. JG. Atención primaria. Principios organización y métodos en medicina de familia. 8th ed. Barcelona: GEA CONSULTORIA EDITORIAL SL.; 2019.
- 26 Zurro AM, Solà. GJ. Atención primaria de salud y atención familiar y comunitaria. Formación Médica Continuada en Atención Primaria. 2011.
- 27 Carbo JC, Páez NM. La promoción de la salud: evolución y retos en América Latina. MEDISAN. 2017 Julio; 21(7).
- 28 Restrepo H, Málaga. H. PROMOCIÓN DE LA SALUD: Cómo construir vida saludable. Bogotá : EDITORIAL MÉDICA INTERNACIONAL. LTDA. ; 2001.



- 29 Julio V, Vacarezza M, Álvarez C, Sosa. A. Niveles de atención, de prevención y atención primaria de la salud.. Archivos de Medicina Interna. 2011 Abril; 33(1).
- 30 Promoción de la Salud Glosario. Ginebra: World Health Organization, Subdirección General de Epidemiología, Promoción y Educación para la Salud.
- 31 Escalante PR. Prevención de la enfermedad. Costa Rica: Centro de Desarrollo Estratégico e Información en Salud y Seguridad Social (CENDEISS), Caja Costarricense de Seguro Social ; 2004.
- 32 Nataren ED. ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD. Revista de la Facultad de Ciencias Médicas. 2015 Junio.
- 33 Renovación de la atención primaria de salud en las Américas. Documento de posición. Washington, D.C: Organización Panamericana de la Salud, Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS; 2007.
- 34 Campos CJC. Evolución del sistema de salud de Ecuador. Buenas prácticas y desafíos en su construcción en la última década 2005-2014. Anales de la Facultad de Medicina. 2017 Diciembre ; 78(4).
- 35 López MLF, Carballada. MF. La fisioterapia en el marco de la atención primaria (I). Cuadernos de Atención Primaria.. 2015; 21.
- 36 Salud. OMdl. ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD SERIE DE INFORMES TÉCNICOS. In COMITE DE EXPERTOS DE LA OMS EN REHABILITACIÓN MÉDICA; 1969; Ginebra. p. 7.
- 37 Fisioterapeutas. AEd. Reglamento Nacional Asociación Española de Fisioterapeutas. [Online].; 2006 [cited 2019 Octubre 11. Available from: <http://www.aefi.net/LaAEF/Reglamento.aspx>.
- 38 Congreso de la República. Ley 528. "Por la cual se reglamenta el ejercicio de la profesión de Fisioterapia, se dictan normas en materia de ética profesional y otras disposiciones".. In ; 1999; Santa fe de Bogotá..
- 39 Confederación Mundial de Fisioterapia. World Confederation for Physical Therapy. [Online].; 2017 [cited 2019 Octubre 11. Available from: <https://www.wcpt.org/policy/ps-descriptionPT>.
- 40 M. V. Historia de la Fisioterapia en Ecuador. 1st ed. salud. Fcdl, editor. Quito ; 2017.
- 41 Universidad de Cuenca, Carrera de Terapia Física. [Online]. [cited 2019 Octubre 11. Available from: <https://www.ucuenca.edu.ec/medicas/carreras/carrera-de-terapia-fisica>.
- 42 Carvalho STRFd, Buena SMV, Casas PM, Solís. RB. Fisioterapia en las unidades de apoyo de los Equipos de Atención Primaria de Salud de la Comunidad de Madrid. Fisioterapia. 2014 Marzo - Abril.; 36(2).



- 43 Cartagena JAR. La Fisioterapia basada en la evidencia: fundamental en la actualidad profesional. CES Movimiento y Salud.. 2014; 2(2).
- 44 A. Martínez Rodríguez ,EMRyBPL. Estrategias de intervención en promoción de la salud. Fisioterapia. 2008 Septiembre; 30(5).
- 45 Belchía EA, Velasco. RV. La gestión de los servicios de fisioterapia de Atención Primaria: un techo de cristal para los fisioterapeutas. Fisioterapia. 2018 Diciembre; 40(6).
- 46 Aliaga-Díaz E, Cuba-Fuentes S, Mar-Meza. M. Promoción de la salud y prevención de las enfermedades para un envejecimiento activo y con calidad de vida. Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Publica. 2016 Junio; 33(2).
- 47 Alarcón LAG, Trápaga JAB, Navarro. RE. Validez de contenido por juicio de expertos: propuesta de una herramienta virtual.. Apertura (Guadalajara, Jal.). 2017 Octubre ; 9(2).
- 48 JUÁREZ-HERNÁNDEZ LG, TOBÓN. S. Análisis de los elementos implícitos en la validación de contenido de un instrumento de investigación.. Espacios. 2018 Noviembre ; 39(53).
- 49 Ignacio Pedrosa JSÁ, García-Cueto E. EVIDENCIAS SOBRE LA VALIDEZ DE CONTENIDO: AVANCES.. ACCIÓN PSICOLÓGICA. 2014 Junio; 10(2).
- 50 Gómez-Conesa. A, Belchí EA. Actividad fisioterapéutica en patología vertebral en Atención Primaria de Salud. Fisioterapia. 2006 Junio; 38(3).
- 51 MM ML. Derivación directa al Servicio de Fisioterapia en Atención Primaria: beneficios en la demora. Estudio transversal tras siete años de implementación. Distrito Sanitario Almería. Servicio Andaluz de Salud. Profesora Asociada Departamento de Fisioterapia. 2020 ene; Vol. 49(no 2. 89-98).
- 52 R. López-Liria RFSCALRGVMAGCDPG. Rehabilitación domiciliaria en la recuperación funcional de los pacientes con enfermedad cerebrovascular. Neurología. 2013; 56.
- 53 Martínez FM, Andreu EL, Farré. GF. Rehabilitación domiciliaria principios, indicaciones y programas terapéuticos.. 2005.
- 54 Remedios López L: Roderick P LJDRPTMMTJ. Stroke rehabilitation after hospital discharge: a randomized trial comparing domiciliary and day hospital care. Age Ageing. 2001; 30.
- 55 CAPÓ-JUAN MA. Efectividad de programas educativo-terapéuticos en Fisioterapia. Revista de la Sociedad Española del Dolor. 2016, ; vol. 23(no 3, p. 154-158).
- 56 DURANGO CAGea. Percepción del uso de los servicios de Fisioterapia y su impacto en la calidad vida relacionada con la salud en pacientes con enfermedades osteomusculares en Medellín. Revista CIES Escolme,. 2017,; vol. 5, (no 02, p. 38-46).
- 57 CAZORLA GONZÁLEZ JJ, CORNELLÀ I CANALS J. Las posibilidades de la fisioterapia en el tratamiento multidisciplinar del autismo.. Pediatría atención primaria,. 2014; vol. 16(no 61, p. e37-e46).



58 ESTRADA-GÓMEZ C. Conocimiento y percepciones médicas sobre la fisioterapia y el trabajo interdisciplinario.. Investigación en educación médica. 2020; vol. 8, (no 31, p. 38-47.).

#### 14. ANEXOS:

##### ANEXO N°1: MATRIZ DE OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

Variable	Concepto	Dimensión	Indicador	Escala
Sexo	Factor biológico de nacimiento	Hombre Fenotipo	Factores determinantes del sexo	Cualitativa  2. Mujer  - Hombre - Mujer
Edad	Tiempo de vida transcurrido de una persona desde su nacimiento	Años	Cedula de identidad	Cuantitativa continua de intervalo  23-30 36-40 41-50 51-60
Profesión sanitaria	Actividad habitual de una persona que se ha preparado en una institución universitaria en el área de la salud.	Título o títulos conseguidos	Cedula de identidad	Cualitativa Nominal  -Médico/a -Odontólogo/a -Enfermero/a -Trabajador/a Social -Psicólogo/a
Centro de Salud	Espacio físico donde se atiende a la población en un primer nivel asistencial sanitario.	Primer nivel de atención.	Servicio que brinda y capacidad de atención	Cualitativa Nominal  - Tipo A - Tipo B



## ANEXO N°2. INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

<p>UNIVERSIDAD DE CUENCA FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS CARRERA DE TERAPIA FÍSICA</p> <div style="text-align: right;"></div> <p><b>“PERCEPCIÓN, CONOCIMIENTOS Y ACTITUDES DEL PERSONAL SANITARIO SOBRE INTERVENCIÓN FISIOTERAPÉUTICA EN CENTROS DE SALUD. DISTRITOS 01D01 Y 01D02. CUENCA 2020”</b></p> <p>El objetivo del cuestionario es determinar la percepción, conocimientos y actitudes del personal sanitario sobre la intervención fisioterapéutica en centros de salud, se trata de un instrumento dividido en tres secciones con un total de 15 preguntas. Este instrumento no pretende medir las variables propuestas sino determinar cuál es la posición del personal sanitario como parte de un primer acercamiento exploratorio para un análisis general descriptivo.</p> <p style="text-align: right;"><b>CUESTIONARIO N°</b> <span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 20px; height: 20px; vertical-align: middle;"></span> <span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 20px; height: 20px; vertical-align: middle;"></span> <span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 20px; height: 20px; vertical-align: middle;"></span></p> <p>Los datos que brinda en esta encuesta son totalmente confidenciales, netamente con fines académicos, si tiene alguna pregunta, los investigadores le aclararan. Agradecemos su colaboración.</p> <p>Fecha: <span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 30px; height: 20px; vertical-align: middle;"></span> <span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 30px; height: 20px; vertical-align: middle;"></span> / <span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 30px; height: 20px; vertical-align: middle;"></span> <span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 30px; height: 20px; vertical-align: middle;"></span> / <span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 30px; height: 20px; vertical-align: middle;"></span> <span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 30px; height: 20px; vertical-align: middle;"></span> <span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 30px; height: 20px; vertical-align: middle;"></span> <span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 30px; height: 20px; vertical-align: middle;"></span></p> <p><b>Percepción:</b></p> <p>1. ¿Qué tan importante es la presencia de un fisioterapeuta en su centro de salud?</p> <p style="margin-left: 40px;">a. Nada importante <input type="checkbox"/></p> <p style="margin-left: 40px;">b. Poco importante <input type="checkbox"/></p> <p style="margin-left: 40px;">c. Medianamente importante <input type="checkbox"/></p> <p style="margin-left: 40px;">d. Muy importante <input type="checkbox"/></p> <p>2. ¿Cuál es su percepción sobre el porcentaje de pacientes que han requerido el servicio de Fisioterapia en esta institución?</p> <p style="margin-left: 100px;"><span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 30px; height: 20px; vertical-align: middle;"></span> <span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 30px; height: 20px; vertical-align: middle;"></span> <span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 30px; height: 20px; vertical-align: middle;"></span> %</p> <p>3. ¿Cuántos (en porcentaje) han sido derivados al área de Fisioterapia en otra institución?</p> <p style="margin-left: 100px;"><span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 30px; height: 20px; vertical-align: middle;"></span> <span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 30px; height: 20px; vertical-align: middle;"></span> <span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 30px; height: 20px; vertical-align: middle;"></span> %</p>
---

### Conocimientos

1. Autoevalúe su conocimiento sobre el Modelo de Atención Integral de Salud Familiar, Comunitario e Intercultural (MAIS-FCI).

- a. Malo ☐
- b. Regular ☐
- c. Bueno ☐
- d. Muy bueno ☐
- e. Excelente ☐

2. ¿Qué implica el MAIS-FCI? – Resúmalo en una frase.

.....

.....

3. ¿En qué medida se aplica el MAIS-FCI en la institución que labora?

- a. Se aplica totalmente ☐
- b. En su mayoría se aplica ☐
- c. En su mayoría no se aplica ☐
- d. No se aplica ☐
- e. Desconozco ☐

4. Señale desde que nivel de atención debe incluirse el servicio de Fisioterapia.

- a. Primer nivel ☐
- b. Segundo nivel ☐
- c. Tercer nivel ☐

5. Autoevalúe, ¿Cuánto conoce sobre los servicios que ofrece la Fisioterapia?

- a. Nada ☐
- b. Poco ☐
- c. Regular ☐
- d. Mucho ☐

6. Señale la o las competencias que usted considera que el fisioterapeuta puede realizar.

- a. Rehabilitación (tratamiento e intervención) ☐
- b. Promoción de salud ☐
- c. Prevención de enfermedades ☐
- d. Consulta externa (diagnóstico funcional) ☐

### Actitudes

1. ¿Cree usted necesario incluir como requerimiento la Fisioterapia dentro de la cartera de servicios del primer nivel de atención?

- b. Si ☐
- c. No ☐



2. ¿Cree usted que la presencia de Fisioterapia dentro de esta institución de primer nivel disminuya el congestionamiento en el segundo y tercer nivel de atención?
- a. Si ☐
- b. No ☐
3. ¿Cree usted que el fisioterapeuta está en la capacidad de realizar promoción de salud?
- a. Si ☐
- b. No ☐
4. ¿Cree usted que el fisioterapeuta está en la capacidad de realizar prevención de enfermedades y/o discapacidades?
- c. Si ☐
- d. No ☐
5. ¿Considera usted necesaria la presencia de un profesional en Fisioterapia en una visita domiciliaria?
- a. Si ☐
- b. No ☐
6. En el caso de contar con un fisioterapeuta en su lugar de trabajo, califique su desempeño dentro del enfoque de salud integral.
- a. Desconozco la presencia de un fisioterapeuta en este centro de salud ☐
- b. No contamos con un fisioterapeuta ☐
- c. Malo ☐
- d. Regular ☐
- e. Bueno ☐
- f. Muy bueno ☐
- g. Excelente ☐

Información demográfica.

Número de cédula:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Sexo: Hombre ☐ Mujer ☐

Edad:   años

Profesión: Médico ☐ Odontólogo/a ☐ Enfermero/a ☐ Trabajo Social ☐ Psicología ☐

Otro: \_\_\_\_\_

Cargo dentro del Centro de Salud: \_\_\_\_\_

Años de servicio dentro del Centro de Salud:   años.

Distrito al que pertenece el Centro de Salud en donde labora: 01D01 ☐ 01D02 ☐

Tipología de centro de salud al que pertenece: Tipo A ☐ Tipo B ☐

**ANEXO N°3. CONSENTIMIENTO INFORMADO****FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO**

Título de la investigación:

PERCEPCIÓN, CONOCIMIENTOS Y ACTITUDES DEL PERSONAL SANITARIO, SOBRE LA INTERVENCIÓN DE LA FISIOTERAPIA EN LOS CENTROS DE SALUD. DISTRITOS 01D01 Y 01D02. CUENCA 2020.

Datos del equipo de investigación:

	Nombres completos	# de cédula	Institución a la que pertenece
Investigador Principal	Jonathan Iván Dueñas Mosquera	0704579127	Universidad de Cuenca
Investigador Principal	María Gabriela Viñansaca Cabrera	010643 3584	Universidad de Cuenca

**¿De qué se trata este documento?**

Usted está invitado(a) a participar en este estudio que se realizará en el Centro de Salud que usted labora. En este documento llamado "consentimiento informado" se explica las razones por las que se realiza el estudio, cuál será su participación y si acepta la invitación. También se explica los posibles riesgos, beneficios y sus derechos en caso de que usted decida participar. Después de revisar la información en este Consentimiento y aclarar todas sus dudas, tendrá el conocimiento para tomar una decisión sobre su participación o no en este estudio. No tenga prisa para decidir. Si es necesario, lleve a la casa y lea este documento con sus familiares u otras personas que son de su confianza.

**Introducción**

La Fisioterapia, a pesar de ser una profesión que históricamente se distingue por brindar bienestar físico gracias a su directa actuación en las alteraciones del movimiento corporal, no ha logrado su desempeño en los Centros de Salud. Desde la puesta en acción del Modelo de Atención Integral de Salud (MAIS), el actual sistema de salud nacional se ha propuesto ofrecer una atención integral desde los primeros niveles de atención, más conocidos en nuestro país como Centros de Salud, es así como este primer nivel que en el pasado no tenía mucha importancia ahora ha tomado mayor protagonismo en la cobertura y calidad de servicios sanitarios. Dentro de este contexto, es necesario conocer la posición del personal de salud sobre la actuación de la Fisioterapia dentro de los Centros de Salud.

**Objetivo del estudio**

Determinar el conocimiento del personal sanitario respecto a la participación de la fisioterapia en los centros de salud, con el fin de demostrar las capacidades del fisioterapeuta en los primeros niveles de atención, pretendiendo también que este estudio sirva de base para ampliar la investigación en este tema.

**Descripción de los procedimientos**

El presente proceso de recolección de datos se encuentra bajo la supervisión de la Magister Verónica Cárdenas, Fisioterapeuta docente de la Universidad de Cuenca.

1. Se utilizará un cuestionario tipo encuesta, al cual, previamente fue sometido a una valoración por juicio de expertos por 3 docentes de la carrera de Fisioterapia conocedores del tema, además de una prueba piloto en una población similar a la planteada para la investigación.
2. El universo estará conformado por los profesionales sanitarios que laboran en los centros de salud del cantón Cuenca, se realizará una toma de muestra por conglomerado de los centros de salud que pertenezcan a los distritos 01D01 y 01D02 del cantón Cuenca, será un total de 12 centros de salud, 6 de cada distrito, 3 centros de salud por los tipos A y 3 por los del tipo B.
3. Los autores de la investigación acudirán a los centros de salud que han sido seleccionados, en el caso de tener inconvenientes con este punto se procederá a enviar la encuesta mediante correo electrónico. Se tomará en cuenta al personal sanitario que cumpla con los criterios de inclusión, deseen voluntariamente participar del estudio, y firmen el consentimiento informado.
4. La persona en estudio responderá la encuesta en un lapso que no durará más de 5 minutos, y en el caso de tener alguna duda la podrá realizar a los autores de la investigación. Cada pregunta debe ser respondida sin influencia alguna.



5. Los resultados obtenidos se registrarán mediante códigos numéricos para respetar la confidencialidad y privacidad de los participantes

#### Riesgos y beneficios

El personal de salud que acceda a ser parte del estudio no tendrá riesgo de ninguna índole, la información recolectada será de gran ayuda para impulsar investigaciones sobre este tema, ya que no se cuenta con estudios similares en nuestro país. El tema que se propone es de gran importancia para promover una atención verdaderamente integral, verificando así la puesta en acción del MAIS y ser parte también de sus beneficios.

#### Otras opciones si no participa en el estudio

Es importante conocer que la participación en la presente encuesta es absolutamente voluntaria; esto quiere decir que si usted lo desea puede negarse a participar, continuando con sus actividades laborales. Si usted accede a brindarnos su colaboración, esta servirá como una contribución para el desarrollo del aprendizaje y conocimientos.

#### Derechos de los participantes *(debe leerse todos los derechos a los participantes)*

Usted tiene derecho a:

- 1) Recibir la información del estudio de forma clara;
- 2) Tener la oportunidad de aclarar todas sus dudas;
- 3) Tener el tiempo que sea necesario para decidir si quiere o no participar del estudio;
- 4) Ser libre de negarse a participar en el estudio, y esto no traerá ningún problema para usted;
- 5) Ser libre para renunciar y retirarse del estudio en cualquier momento;
- 6) Recibir cuidados necesarios si hay algún daño resultante del estudio, de forma gratuita, siempre que sea necesario;
- 7) Derecho a reclamar una indemnización, en caso de que ocurra algún daño debidamente comprobado por causa del estudio;
- 8) Tener acceso a los resultados de las pruebas realizadas durante el estudio, si procede;
- 9) El respeto de su anonimato (confidencialidad);
- 10) Que se respete su intimidad (privacidad);
- 11) Recibir una copia de este documento, firmado y rubricado en cada página por usted y el investigador;
- 12) Tener libertad para no responder preguntas que le molesten;
- 13) Estar libre de retirar su consentimiento para utilizar o mantener el material biológico que se haya obtenido de usted, si procede;
- 14) Contar con la asistencia necesaria para que el problema de salud o afectación de los derechos que sean detectados durante el estudio, sean manejados según normas y protocolos de atención establecidas por las instituciones correspondientes;
- 15) Usted no recibirá ningún pago ni tendrá que pagar absolutamente nada por participar en este estudio.

#### Información de contacto

Si usted tiene alguna pregunta sobre el estudio por favor llame a Jonathan Iván Dueñas Mosquera o a su número de teléfono 0978916727 o envíe un correo electrónico a ([jonathan.duenas1603@ucuenca.edu.ec](mailto:jonathan.duenas1603@ucuenca.edu.ec))

Si usted tiene preguntas sobre este formulario puede contactar al Dr. José Ortiz Segarra, Presidente del Comité de Bioética de la Universidad de Cuenca, al siguiente correo electrónico: [jose.ortiz@ucuenca.edu.ec](mailto:jose.ortiz@ucuenca.edu.ec)

#### Consentimiento informado

Comprendo mi participación en este estudio. Me han explicado los riesgos y beneficios de participar en un lenguaje claro y sencillo. Todas mis preguntas fueron contestadas. Me permitieron contar con tiempo suficiente para tomar la decisión de participar y me entregaron una copia de este formulario de consentimiento informado. Acepto voluntariamente participar en esta investigación.

\_\_\_\_\_  
Nombres completos del/a participante

\_\_\_\_\_  
Firma del/a participante

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Nombres completos del/a investigador/a

\_\_\_\_\_  
Firma del/a investigador/a

\_\_\_\_\_  
Fecha



## ANEXO N°4. PERMISO DISTRITO 01D01

MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA  
Coordinación Zonal 6 - Salud  
Dirección Distrital 01D01

Oficio Nro. MSP-CZ6-DD01D01-2020-0160-O

Cuenca, 30 de julio de 2020

**Asunto:** RESPUESTA: Solicitud Universidad de Cuenca

Magister  
Veronica Vanessa Cardenas Leon  
En su Despacho

De mi consideración:

Reciba un cordial saludo, por medio del presente, en respuesta al Documento No. MSP-CZ6-01D01-VAU-2020-0265-E, por medio del presente se autoriza la solicitud para realizar estudio de investigación de pre-grado.

Con sentimientos de distinguida consideración.

Atentamente,

Od. Liliana Patricia Rosales Ullauri  
**DIRECTORA DISTRITAL 01D01 (E)**

Referencias:  
- MSP-CZ6-01D01-VAU-2020-0265-E

Anexos:  
- 1a\_compressed.pdf

Copia:  
Señora Doctora  
María Fernanda Arias Carrillo  
**Analista Distrital de Provisión de Servicios de Salud de la Dirección Distrital 01D01 - Salud**

Señora  
Viviana Bernarda Cantos Flores  
**Técnico de Ventanilla Única de la Dirección Distrital 01D01 - Salud**

mfac

Dirección: Av. Huatyna Capac 1-270 | Pisac Capac  
Código Postal: 010104 / Cuenca Ecuador  
Teléfono: 593-7-4108-829 - [www.salud.gob.ec](http://www.salud.gob.ec)

\* Documento firmado electrónicamente por Guapuz



1/1



## ANEXO N°5. PERMISO DISTRITO 01D02

MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA  
Coordinación Zonal 6 - Salud  
Dirección Distrital 01D02

Memorando Nro. MSP-CZ6-DD01D02-2020-2277-M

Cuenca, 29 de julio de 2020

**ASUNTO:** SOLICITUD PARA REALIZAR TRABAJO DE INVESTIGACION  
PREVIO OBTENCION DE TITULO

De mi consideración:

En respuesta al Documento No. oficios/n

Reciba un cordial saludo. Por medio del presente sírvase encontrar el Oficio s/n de la Mg. Verónica Cárdenas, docente de Terapia Física de la Universidad de Cuenca, en el que solicita autorización para que las estudiantes Dueñas Mosquera Jonathan Ivan y Viñansaca Cabrera María Gabriela, puedan realizar una encuesta dirigida al personal sanitario de los Centro de Salud que se encuentran a cargo, según se indica en documento adjunto en el siguiente link:

<http://nube.saludzona6.gob.ec/index.php/s/xwdUqwZeHB2wMP7>

Con sentimientos de distinguida consideración.

Atentamente,

Dra. Monica Elizabeth Chavez Guerrero  
**DIRECTORA DISTRITAL 01D02 - SALUD (E)**

Dirección: Av. México s/n y Av. Unidad Nacional (Edificio SENPLADES)  
Código Postal: 010202 / Cuenca Ecuador  
Teléfono: 593-7-4126-465 / 4126-464 - [www.salud.gob.ec](http://www.salud.gob.ec)

\* Documento generado por Guipux



3/4